Lane Medical Library

Sechzig Fälle von „Septischem Abort“

(behandelt in der Königl. Universitäts-Frauenklinik 1894–1897).

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 20. JULI 1897

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Bernhard Stock (Kruse)

aus Bissendorf b. Osnabrück,

OPPONENTEN:

Herr cand. med. Grauert.
- Dd. med. Strey.
- Dd. med. Raubach.

Berlin.

Druck von E. Ebering.

Linkstrasse 16.

Dem Andenken

meiner Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/sechzigfallevons0000berh

Die puerperalen Infektionserkrankungen können in praktischer wie in wissenschaftlicher Hinsicht ein grosses Interesse für sich in Anspruch nehmen. — Einem jeden leuchtet es ein, von welcher Wichtigkeit es ist, jene Krankheit, das Puerperalfieber, erfolgreich bekämpfen zu können, welchem auch bis jetzt noch die grösste Zahl der Frauen zum Opfer fällt, und zwar zu einer Zeit, wo die natürliche Bestimmung das Fortleben des Weibes erfordert. Ebenso kann es uns nicht verwundern, dass gerade das Puerperalfieber, welches uns in seinem Verlaufe oft ein so ganz verschiedenes Bild, welches wiederum in seinen Symptomen so manche Aehnlichkeit mit manchen anderen Krankheiten darbietet, den Forscher antrieb, seine Entstehungsursachen und sein Wesen zu ergründen.

Die Geschichte der Medicin lehrt uns, dass diese Erkrankung von jeher der Gegenstand des Denkens und Forschens mancher Gelehrten war. Schon bei Hippokrates, Galen, Celsus, Avicenna u. m. a. finden wir Beschreibungen des Kindesbettfiebers.

Bis zur Hälfte unseres Jahrhunderts war das Wesen des Puerperalfiebers noch so unbekannt, dass man nicht einmal die einfachsten Massregeln zur Verhütung dieser Krankheit kannte. Es traten von Zeit zu Zeit wahre Epidemien von Wochenbettfieber auf, namentlich waren es die Kliniken und öffentlichen Gebärhäuser, wo die Krankheit in grauenhafter Weise hauste und so manches blühende Leben forderte. Vollständig machtlos stand man diesem Würgengel der Wöchnerinnen gegenüber.

Erst Semmelweis trat 1847 mit der Behauptung hervor, das Puerperalfieber sei eine vermeidbare Krankheit, „da der zersetzte, tierisch organische Stoff, welcher resorbiert das Kindbettfieber hervorruft, in der überwiegend grössten Mehrzahl der Fälle den Individuen von aussen beigebracht werde.“ Harte und lange Kämpfe waren notwendig, bis sich Semmelweis' Lehre Bahn brach. Auf seinen Ideen baute man weiter, und die wissenschaftlichen Forschungen der letzten 3 Decennien, insbesondere die Bakteriologie, haben uns immer mehr Licht in das Dunkle dieser Krankheit gebracht.

Wir wissen heute, dass die fieberhaften Puerperalerkrankungen auf einer von den Genitalien ausgehenden Infektion mit septischen Mikroorganismen beruht. „Nach unseren heutigen Anschauungen entstehen die schweren Erkrankungen an Wochenbettfieber in der Regel auf Infektion durch Streptokokkus pyogenes in grossen Mengen und die leichten Erkrankungen durch Keime geringer Pathogenität, Gonokokken, Saprophyten oder durch eine an Menge und Virulenz abgeschwächte Infektion des Streptokokkus pyogenes.“ Die Ansicht, dass eine jede Spielart der schweren Puerperalerkrankungen einer besonderen Art von Streptokokken entspreche, wird nur noch von wenigen vertreten. Die Mehrzahl aller Bakteriologen stehen jetzt auf dem Standpunkte, dass die schweren Formen jener Erkrankungen durch Streptokokken einer und derselben Art bedingt sind. Bisher ist es auch noch nicht gelungen, die bei den verschiedenen Arten des Wochenbettfiebers gefundenen Streptokokken zu differencieren. — Wir können daher jene Erkrankungen, welche man seit langer Zeit, obgleich sie klinisch zwei ganz verschiedene Bilder darbieten, als Kindbettfieber oder Puerperalfieber beschrieben hat, nicht nach dem infizierenden Agens einteilen, sondern müssen uns damit begnügen, als Einteilungsprinzip die Bahnen, auf denen das Infektionsgift in dem menschlichen Körper fortgeleitet wird, anzunehmen. Diese sind die Lymphgefässe und die Venen. Hiernach unterscheiden

wir zwei Hauptformen von schweren puerperalen Infektionserkrankungen, die lymphatische Form, die Sepsis oder Septikämie, und die venöse oder phlebothrombotische Form, die Pyämie oder Metrophlebitis. Bisweilen findet man die Symptome der Sepsis und der Pyämie neben einander, so dass das klinische wie pathologisch-anatomische Bild der Krankheit eine Kombination der Sepsis und Pyämie darstellt, es ist dies die sog. Septikopyämie.

Ich habe es mir nicht als Ziel gesteckt, hier über die verschiedenen Formen des Wochenbettfiebers zu schreiben, sondern ich möchte in dem Rahmen dieser Arbeit nur einen kleinen Teil von jenen Erkrankungen etwas näher erörtern, nämlich den

„septischen Abort".

Unter Abortus verstehen wir die Ausstossung der Frucht zu einer Zeit, wo der Fötus noch nicht imstande ist, extrauterin fortzuleben. Am häufigsten tritt der Abort zwischen der 9. bis 16. Woche der Schwangerschaft ein. — Abgesehen von dem beklagenswerten Verluste des Produktes der Schwangerschaft ist der Abort kein Ereignis, welches das Leben oder die Gesundheit der Mutter direkt gefährdet, vorausgesetzt, dass die Behandlung desselben eine rationelle ist. Im anderen Falle kann jeder Abort grosse Gefahren mit sich bringen. Wie nach jeder ausgetragenen Schwangerschaft die durch den Geburtsakt gesetzten frischen Wunden und die ganze Uteruswand, welche nach Ablösung der Decidua, bezw. der Placenta eine einzige grosse Wundfläche darstellt, den pathogenen Mikroorganismen eine Eingangspforte zu dem menschlichen Körper bieten, so zeigt auch der durch den Abort veränderte weibliche Genitalapparat eine grosse Disposition für eine Infektion.

Die Symptome des septischen Abortes sind so charakteristisch und so deutlich ausgeprägt, dass die Diagnose desselben, wenn es sich um die Unterscheidung zwischen einem septischen und aseptischen, d. h. einem normal verlaufenden Abort handelt, uns nicht schwer fallen kann. Ausser Wehen

und Blutungen, wie wir sie bei jeder Fehlgeburt beobachten, sind die wichtigsten Anzeichen des septischen Abortes eine erhöhte Pulsfrequenz (90—150), Temperatursteigerung (38,5° —41,5°C), ein subkontinuierliches Fieber und übelriechender Ausfluss. Doch es soll hiermit nicht gesagt sein, dass jeder septische Abort sämtliche aufgezählte Symptome aufweisen müsste, im Gegenteil, wir finden septische Intoxikationen, wenn auch nicht häufig, ohne bedeutende Temperaturerhöhung, ohne putriden Ausfluss. Im Verlaufe dieser Arbeit werde ich noch des näheren hierauf zurückkommen müssen.

Was nun das Material anbetrifft, das mir hier bei meinen Beobachtungen vorliegt, so ist dasselbe den Kranken-Journalen von den Jahren 1894, 1895, und 1896 der septischen Station der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Berlin entnommen.

Bei der Menge von Aborten die ich dort vorfand, habe ich bei weitem nicht jeden Fall benutzt, der auf der septischen Station behandelt wurde, sondern aus der grossen Anzahl diejenigen Fälle ausgewählt, welche wenigstens ein ausgesprochenes Symptom des septischen Abortes aufweisen.

Die vielen Fälle mit ganz geringer Temperatursteigerung und normaler Pulsfrequenz, welche wegen „Retentio placentae post abortum“ aufgenommen sind, ferner jene Fälle, welche nur einmal und zwar gleich nach der Ausräumung einen Anstieg der Temperatur bis 38,5°, dann aber sofort ein normales Befinden zeigen, habe ich unberücksichtigt gelassen.

Ich lasse hier nun eine Zusammenstellung jener Fälle von septischen Aborten folgen, die in den 3 letzten Jahren auf der genannten Station der Klinik behandelt wurden.

1894.

No. 25. Reisendersfrau Sch., 33 Jahre alt, IX. para.

Anamnese: 2 normale Geburten, 2 Frühgeburten von 7 Monaten und 4 Aborte.

L. M. Mitte Oktober 1893. Vor 3 Wochen trat eine leichte Blutung auf, die 8 Tage lang dauerte. Seitdem klagt Pat. über Übelkeit, Aufstossen und Frösteln. In den letzten zwei Tagen traten wehenartige Schmerzen auf.

9. I. 1894 Aufnahme in die Klinik.

Status: Grosse kräftige Frau. — Uterus weich, dem 3. Monate entsprechend vergrössert. Palpation desselben ist schmerzhaft, Cervix erhalten, i. Mm. geschlossen. M. T. 38,8, P. 124; A. T. 40,0, P. 124.

10. I. M. T. 36,8, P. 100; A. T. 40,0, P. 120. Nach gründlicher Desinfektion Tamponade des Cervix und der Scheide mit Jodoformgaze. Abends ist das Allgemeinbefinden schlecht. Kopfschmerz und Frösteln.

11. I. Entfernung der Tampons. Der Cervix ist nicht genügend erweitert, daher wird wieder tamponiert.

12. I. Narkose, Desinfektion. Manuelle Ausräumung, Foetus ist maceriert, seine Grösse entspricht dem 3. Monate. Ausspülung des Uterus.

M. T. 36,4, P. 84. 2 Stunden nach der Operation starker Schüttelfrost. A. T. 38,6, P. 96. Am zweiten Tag nach der Ausräumung ist die Patientin fieberfrei.

22. I. Geheilt entlassen.

Befund: Uterus etwa faustgross, weich, liegt retrovertiert, lässt sich leicht aufrichten. Mm. geschlossen. Adnexa frei.

No. 26. Schneiderin Minna K., 25 Jahre alt, II. para.

Anamnese: 1 normale Geburt, fieberhaftes Wochenbett, 4 monatliche Incontinentia urinae.

L. M. Mitte September. Pat. litt seit langer Zeit an Ausfluss, vor 3 Wochen trat derselbe ungewöhnlich stark auf, sie wurde deswegen poliklinisch behandelt. Diesen Morgen erkrankte Pat. ohne bekannte Ursachen mit Übelkeit, Erbrechen, Kreuzschmerzen und Blutung.

12. I. Aufnahme in die Klinik.

Status: Von gracilem Körperbau, mässig gut genährt. Fundus uteri 2 Finger unterhalb des Nabels. Portio hoch-

stehend, Cervix verkürzt, für einen Finger durchgängig, innen fühlt man die schlaffe Fruchtblase. T. 39,4, P. 122. Bettruhe.

13. I. Viel Kopfschmerzen. Ziehen im Kreuz. Frösteln. Um Mitternacht wird unter geringer Blutung der Foetus und bald darauf die Placenta ausgestossen. Am 16. I. ist Pat. fieberfrei.

23. I. Geheilt entlassen.

Befund: Uterus etwas vergrössert, liegt normal, frei beweglich. Parametrien und Anhänge normal. Cervix klaffend. Innerer Mm. durchgängig. Lochien schleimig-eiterig. Leichter Descensus beider Scheidewände.

No. 105. Frau F., 39 Jahre alt, VIII. para.

Anamnese: 5 normale Geburten, 2 Aborte. — L. M. Anfang November. Seit 4 Wochen klagt Pat. über Blutung, die anfänglich schwach, in den letzten 8 Tagen aber stark waren. Seit 5 Tagen ist Pat. von der geburtshilflichen Poliklinik behandelt worden. Pat. fühlte sich gestern sehr matt und elend, klagte über Schmerzen in der Unterleibsgegend.

9. III. Aufnahme in die Klinik.

Status: Uterus 1 Finger breit unterhalb des Nabels, weich. Cervix vollkommen erhalten aber für einen Finger durchgängig. Fruchtblase steht. Putrider Ausfluss. Fieber. T. 39,4; P. 140.

Desinfektion. Sprengung der Blase. Tamponade des Cervix und der Scheide. Nachts starke Wehen.

10. III. Entfernung der Tamponade, hinter welcher eine macerierte Frucht und die Placenta liegt. Ausspülung. M. T. 37,0, P. 88; A. T. 38,0, P. 108.

11. III. M. T. 39,2, P. 116; A. T. 38, P. 100.

Am 13. III. ist Pat. vollkommen fieberfrei.

15. III. Geheilt entlassen.

Befund: Normaler Status puerperalis, Uterus liegt normal. Stark eitriger Fluor.

No. 146. Schlossersfrau Martha P., 30 Jahre alt. VI. para.

Anamnese: Angaben über die früheren Schwangerschaften fehlen. L. M. Mitte Januar. Am 13. IV. hatte Pat. einen Schüttelfrost, seitdem Fieber, sie klagt über

Schmerzen in der linken Unterleibsgegend, Kopfschmerzen, Schwindelanfälle und Blutung.

19. IV. Aufnahme in die Klinik.

Status: Uterus 3 Finger breit unterhalb des Nabels, weich. Aus dem Mm., der für einen Finger durchgängig ist, fliesst schwarzes Blut. T. 39,0, P. 124.

In den beiden folgenden Tagen treten 3 mal Schüttelfröste auf, und die Temperatur steigt bis 40,2, die Pulsfrequenz auf 140 an.

21. IV. M. T. 39,0, P. 116; Schüttelfrost; Ausräumung in Narkose. Darauf ein starker Schüttelfrost. A. T. 40,2, P. 140. 3 mal täglich 15 gtt. Ergotin.

22. M. T. 36,6, P. 96; A. T. 35,8, P. 100. An dem folgenden Tage ist Pat. fieberfrei.

Befund: Normal Status puerperal p. abort. Mm. geschlossen.

No. 170. Kutschersfrau, Auguste S., 38 Jahre alt. VIII. para.

Anamnese: 7 normale Geburten. L. M. Mitte Februar. Seit 14 Tagen Blutung, anfänglich gering, in den letzten 8 Tagen bedeutend stärker. Abgang von Stücken. Am 10. V. 3 mal starker Frost.

11. V. 94. Aufnahme in die Klinik.

Status: Uterus über faustgross, weich, Portio erhalten, Cervix durchgängig, im inneren Mm. fühlt man den unteren Eipol. T. 39,6, P. 108. Tamponade des Cervix mit Jodoformgaze. Bald darauf treten Wehen ein, 11 Uhr Abends wird die Frucht ausgestossen.

12. V. Bei der Entfernung der letzten Tampons zeigt sich, dass die Placenta auch ausgestossen ist. T. 37,0, P. 98. Am folgenden Tage ist Pat. fieberfrei.

16. V. Geheilt entlassen.

Befund: Uterus noch etwas vergrössert, leicht blutiger Ausfluss, Adnexa frei.

No. 171. Arbeitersfrau Marie A., 24 Jahre alt, II. para.

Anamnese: Vor $1\frac{1}{2}$ Jahren eine normale Geburt.

L. M. Anfang März. Am 7. V. fiel Pat. auf der Treppe, am Tage darauf stellten sich Blutung und Unterleibsschmerzen ein, am 9. V. in der Poliklinik tamponiert. T. 40,0.

11. V. Aufnahme in die Klinik.

Status: Die Scheide ist tamponiert, die Tampons sind stark durchblutet. Deciduafetzen in der Scheide. Mm. und Cervix für einen Finger durchgängig, Eiteile fühlbar. T. 38,5, P. 116. Ausräumung. 3 mal täglich 20 gtt. Ergotin.

12. V. M. T. 37,2, P. 112; A. T. 38,8, P. 100. Puls und Temperatur kehren nach 2 Tagen zur Norm zurück.

17. V. Geheilt entlassen.

Befund: Uterus gut zurückgebildet.

No. 172. Schlossersfrau Minna A., 31 Jahre alt, VI. para.

Anamnese: 4 normale Geburten, 1 Abort.

L. M. Mitte Februar. Am 4. V. ist Pat. gefallen, darauf soll die Frucht ausgestossen sein. Blutungen traten auf. Am 6. V. Fieber, welches bis heute anhielt. 12. V. wurde Pat. in der Poliklinik ausgeräumt.

12. V. Aufnahme in die Klinik. T. 40,2, P. 38,4. Schüttelfrost. 3 mal täglich 20 gtt. Ergotin.

13. V. M. T. 37,8, P. 76; A. T. 38,0, P. 88. Nach 2 Tagen steigt die Abendtemperatur ohne bekannte Ursache noch einmal auf 39,0; während die Pulsfrequenz 80 ist. Am 3. Tage nach der Ausräumung ist Pat. fieberfrei.

17. V. Geheilt entlassen.

Befund: Im oberen Teil des rechten Ligamentum namentlich im äusseren Abschnitte eine etwa fingerdicke Infiltration zu fühlen, die auf Druck nicht empfindlich ist, nachzuweisen.

No. 192. Fräulein Johanna St., 25. Jahre alt, II. para.

Anamnese: Eine normale Geburt.

L. M. Ende Januar. Pat. hatte 2 Schüttelfröste und Fieber.

30. V. Aufnahme in die Klinik.

Status: Blasse, anämische Pat. Abdomen nicht druckempfindlich. T. 40,4, P. 144. Schüttelfrost. Nach zweimaliger Tamponade der Scheide ist der Cervix für einen Finger durchgängig, man fühlt Eiteile. Nachmittags wird in Narkose die Blase gesprengt und die Ausräumung sogleich angeschlossen. Die Placenta lässt sich leicht lösen.

31. V. M. T. 39,6, P. 160; A. T. 40,6, P. 144. Schüttelfrost. Der Puls zählt am 2. Tage nach der Aus-

räumung noch einmal 108 Schläge, die Temperatur übersteigt nicht 37,0°.

4. VI. Pat. ist fieberfrei.

6. VI. Geheilt entlassen.

Befund: Uterus nicht vergrössert, in normaler Lage. Adnexa frei. Mm. geschlossen, etwas Ausfluss.

No. 190. Asphalteursfrau B., 30 Jahre alt, IX. para.

Anamnese: 5 Geburten, 3 Aborte. Die erste Geburt durch Perforation des Kindes, die zweite mittelst Forceps beendigt. Bei den übrigen Geburten sowie bei den 3 Aborten musste die Placenta manuell gelöst werden. L. M. Mitte Januar. — Seit 14 Tagen häufig Frösteln. Am 28. V. Schüttelfrost, der sich tägl. wiederholte, seit diesem Tage putrider Ausfluss.

31. V. Nachmittags aus der Poliklinik im kollabierten Zustande in d. Klinik gebracht.

Status: Pat. ist anämisch. Blutiger Ausfluss. Leib weich. Linkes Parametrium ist etwas druckempfindl. T. 41,0, P. 72.

Frucht wird spontan ausgestossen, sofortige Ausräumung 2 mal täglich 20 gtt. Ergotin.

1. VI. M. T. 37,4, P. 88; A. T. 36,6, P. 100.

3. VI. M. T. 37,2, P. 96; A. T. 37,4; P. 112.

4. VI. Gegen ärztl. Rat entlassen.

Befund: Uterus noch fast kindskopfgross. Linkes Parametrium druckempfindlich. Etwas putrider Ausfluss.

No. 216. Tischlersfrau Marie M., 28 Jahre alt, II. para.

Anamnese: Vor 5 Jahren eine normale Geburt.

L. M. Anfang März. Am 15. VII. stellte sich plötzlich sehr starke Blutung mit Abgang von Stücken ohne bekannte Ursache ein. Abends nahm ein Arzt die Ausräumung vor. Seit dem 16. VI. hat Pat. nicht mehr schlafen können. Fiebererscheinungen traten auf, ein starkes Durstgefühl. Am 19. und 20. cr. m. mehrmals Schüttelfrost. Keine Blutung, wenig Ausfluss.

22. VI. Aufnahme in die Klinik.

Status: Pat. ist sehr blass und elend. Zunge feucht, wenig belegt T. 39,7, P. 132. weich. Leib weich, nirgends druckempfindlich. R. Schultergelenk auf Druck und bei

Bewegung sehr schmerzhaft. Bewegungen im Hüftgelenk ebenfalls schmerzhaft. Ausfluss wenig, eitrig, putrid.

23. VI. M. T. 40,2, P. 136; A. T. 41,0, P. 160; 2 mal tg. 25 gtt. Ergotin.

Die Temperatur schwankt an den folgenden Tagen zwischen 40,0° und 41,0°. Die Anzahl der Pulsschläge zwischen 120 und 160. Pat. wurde verschiedene Male gebadet.

28. VI. Pat. ist sehr benommen T. 40,6, Puls 160—172. Pat. hört nicht mehr. Coniunctivitis am linken Auge, Abends sehr schwach. Mehrfach Kampher und Aether subkutan.

29. VI. 8½ a. m. Exitus letalis ohne besondere Erscheinung.

Leichendiagnose: Status ut. puerperal p. abortum. Endometritis fibrinosa. Endocarditis tricuspital. et mitral. verrucosa polyposa. Embol. rami art. pulmonal. dextr. Infarct. embol. lienis et renis dextr.

No. 222. Frau W., 39 Jahre alt, XI. para.

Anamnese: 7 normale Geburten, 3 Aborte.

L. M. Mitte April. Am 18. VII. erschreckte Pat. heftig; seitdem schlechtes Befinden. 20. VI. Blutung und Abgang der Frucht, am nächsten Tage wurde von einem Arzte die Nachgeburt entfernt. Uterusausspülung. Schüttelfrost. Seitdem Fieber, einige Male musste Pat. erbrechen.

26. VI. Aufnahme in d. Klinik.

Status: Pat. ist sehr benommen, aufgeregt. T. 40, 0, P. 140 klein. Leib aufgetrieben, nicht druckempfindlich. 2mal stündl. 0,05 g Op. Suppos. Analeptica 3stündl. Tinktur. Mosch. 10 gtt.

27. VI. Morgens ½8 U. Exitus letalis.

Leichendiagnose: Status uteri puerperal, post abort. Peritonitis diffusa fibrinopurulenta. Hypostasis pulmonum.

No. 223. Malersfrau Minna K., 27 Jahre alt, II. para.

Anamnese: Vor 3 Jahren eine normale Geburt.

L. M. Anfang März. Seit 14 Tagen hat Pat. Blutung mit Abgang von Stücken, am 25. c. m. stellten sich Wehen ein. Die Frucht wurde in der folgenden Nacht ausgestossen.

Placenta soll ausgeräumt geworden sein. Heute ½ Stunde lang Schüttelfrost, darauf Fieber. Am 26. u. 27. c. m. starke Blutung.

27. VI. Aufnahme in d. Klinik.

Status: Kräftige, nicht anämische Pat. T. 40,2, P. 116, weich, voll; Zunge feucht.

Abdomen weich, linkes Parametrium etwas druckempfindlich; putrider Ausfluss.

Mm. für einen Finger durchgängig. Man fühlt Abortreste im Uterus. In Narkose Ausräumung der ganzen Placenta, welche schon in Zersetzung übergegangen ist. Uterusausspülung, 2 Spritzen Ergotin. Darauf Schüttelfrost. Starke Nachblutung.

28. VI. M. T. 36,8, P. 116; A. T. 37, P. 120.

Am folgenden Tage steht die Blutung, Puls und Temperatur sind normal.

4. VII. Geheilt entlassen.

Befund. Uterus gut zurückgebildet, liegt normal. Anhänge frei. Cervix geschlossen.

No. 226. Arbeitersfrau Bertha B., 36 Jahre alt. VIII. para.

Anamnese: 6 normale Geburten, 1 Abort.

L. M. Anfang Februar. Vor 3 Wochen hat sich Pat. angeblich verhoben, darnach geschwollene Füsse. Am 2. VI. traten Kreuzschmerzer auf; in der Nacht Abfluss des Fruchtwassers. Heute klagt sie über heftige Kopfschmerzen, die sich nach einem längere Zeit dauernden Schüttelfrost einstellten.

4. VII. Aufnahme in die Klinik:

Status: Pat. hat leichten Icterus. T. 39,6; P. 116. Uterus in Nabelhöhe. Leib weich, etwas druckempfindlich. Reichlicher putrider Ausfluss. Cervikalkanal durchgängig. Im Uterus Fruchtteile zu fühlen.

5. VII. M. T. 39,6, P. 120; A. T. 38,6, P. 146. Nachmittags treten Wehen ein. Abends wird die Frucht ausgestossen, gleich darauf starke Blutung. Da die Placenta auf Druck nicht folgt, so wird die Narkose eingeleitet, es gelingt dann jene zu exprimieren. Uterusausspülung 2 Spritzen Ergot.

8. VII. Pat. ist fieberfrei. Reichlicher Ausfluss.

13. VII. Geheilt entlassen.

Befund: Uterus ist gut zurückgebildet. Cervix geschlossen. Adnexa frei.

No. 262. Frl. Helene S., Schneiderin, 19 Jahre alt. I. para.

Anamnese: L. M. Anfang Mai. Seit 10 Tagen schlechtes Befinden. Am 30. VII. hat Pat. angeblich sich mit Medikamenten den Unterleib eingerieben und mit Karbolsäure (%?) Ausspülung gemacht, gleich darauf Ohnmachtsanfälle. Tags darauf stellen sich Blutungen und Schmerzen ein und die Frucht soll abgegangen sein. Pat. musste öfters erbrechen und hat starke Schmerzen im Unterleib und Fieber.

2. VIII. Aufnahme in die Klinik.

Status: T. 38,2. P. 124. Fiebernde Pat. zeigt ängstliches Benehmen. — Portio erhalten I. Mm. für einen Finger durchgängig, im Uterus fühlt man weiche Massen. Linkes Parametrium sehr druckempfindlich, unfiltriert. Blutiger Ausfluss. Tamponade des Cervix und der Scheide.

3. VIII. Leib stark aufgetrieben, überall druckempfindlich. Zunge stark gelb-grau belegt. Pat. muss mehrmals erbrechen. — Priessnitz. Nach der Entfernung der Tampons Op. Suppos.

In den nächsten Tagen schwankt die Temp. zwischen 37,6 und 39,4, die Pulszahl zwischen 132 und 160.

Das Erbrechen nimmt immer mehr zu. Von einem lästigen Singultus wird Pat. gequält. Der Leib ist stark gespannt und sehr empfindlich.

9. VIII. M. T. 37,6, P. 140. A. T. 37,4, P. 144. Pat. ist somnolent, phantasiert, ist nicht orientiert. Leib bedeutend kleiner, keine Schmerzensäusserung auf Druck. In der Kreuzbeingegend leichter Decubitus. Kein Erbrechen, subjektive Euphorie, Abends sehr unruhig, leichtes Tracheal-Rasseln. Op. Suppos. 3 stündl. 0,05 Codein.

10. VIII. Nachts 2 Uhr leichte Cyanose, ½3 Exitus letal. Kurze Zeit post mortem profuse Blutung aus der Nase.

Leichendiagnose: Status uteri puerperal. post abortum. Endometritis et Nephritis purulenta. Lymphothrombosis purulenta. Parametritis sinistra. Peritonitis diffusa fibrinosa

Myocarditis, Hypostasis pulmonum Nephritis parenchymatosa.

No. 269. Arbeitersfrau Wilhelmine J., 33 Jahre alt, VIII. para.

Anamnese: 7 normale Geburten.

L. M. Ende Juni. Am 4. VIII. traten Blutungen auf, am folgenden Tage wurde Pat. von der Poliklinik behandelt. Praktikant fand die Frucht im Cervix liegen und tamponierte. 9. VIII. Ausräumung. T. 37,9. 11. VIII. T. 39,7. Schmerzen in der linken Brustseite. 13. VIII. A. T. 41,0, P. 132. Einige Schüttelfröste.

14. VIII. Aufnahme in die Klinik.

Status: Sehr anämische Pat. — Kein Ausfluss. Leib ist etwas aufgetrieben, nicht druckempfindlich. Zunge trocken und belegt. T. 40,2, P. 124. — Urin zeigt viel Albumen. Abends wird Pat. sehr unruhig, verlässt das Bett, phantasiert.

15. VIII. M. T. 40,8, P. 132; A. T. 39,6, P. 148. Pat. ist sehr unruhig.

16. VIII. Puls klein, fliegend 144. 1 Uhr Mittags Exitus letal. ohne besondere Erscheinungen.

Leichendiagnose: Parametritis exudat. sinistra p. abortum. Endocarditis mitral. ulcerosa incipiens. Infarctus embolic. art. pulmon. dextr. Nephrit. parenchymatosa. Hyperplasia lienis.

No. 315. Arbeitersfrau Pauline K., 35 Jahre alt, VIII. para.

Anamnese: 6 normale Geburten, 1 Abort.

L. M. Ende Juni. Am 12. IX. treten ohne bekannte Ursache heftige wehenartige Schmerzen auf. — Fruchtwasserabfluss, am zweiten Tage darauf Fieber mit Schüttelfrost, welcher sich am folgenden Tage wiederholte. Abgang der Frucht.

15. IX. Aufnahme in die Klinik.

Status: Uterus weich, vergrössert. Cervikalkanal durchgängig, im Uterus sind Placentareste zu fühlen. T. 39,2, P. 104.

16. IX. M. T. 38,0, P. 104. Ausräumung in Narkose. Ausspülung, 1 Spr. Ergotin. Schüttelfrost. A. T. 41,2, P. 120.

17. IX. Schwache Blutung, heftige Kopfschmerzen, Leib aufgetrieben. 3 mal täglich 20 gtt. Ergot. M. T.

38,0, P. 100; A. T. 39,4, P. 106. In den folgenden Tagen lassen die Beschwerden nach, am 20. IX. ist Pat. fieberfrei.

3. X. Geheilt entlassen.

Befund: Uterus gut zurückgebildet, liegt normal. Adnexa frei.

No. 336. Schuhmachersfrau Bertha R., 31 Jahre alt, II. para.

Anamnese: Vor 2 Jahren eine normale Geburt.

L. M. Mitte August. Nach einem Fall vor 5 Tagen soll Blutung mit heftigen Schmerzen im Unterleibe aufgetreten sein. Die Frucht ist abgegangen. Seit 5 Tagen hat Pat. Fieber. Die Unterleibsschmerzen lassen Pat. nicht schlafen. Öfters Erbrechen.

15. X. Aufnahme in die Klinik.

Status: Mittelgrosse Frau, sehr elend, Zunge ist belegt. Leib mässig aufgetrieben. Palpation desselben sehr schmerzhaft. Uterus etwas antevertiert, vergrössert. Cervikalkanal ist durchgängig. Uterus unbeweglich und schmerzhaft. Geringer blutiger Ausfluss. T. 37,4, P. 104.

17. X. M. T. 38,6, P. 120; A. T. 38,8, P. 100. Pat. ist sehr schwach. Ausfluss ist putrid. Leib ist stark aufgetrieben. In beiden Weichgegenden Dämpfung.

20. X. Exitus letal.

Leichendiagnose: Status post abortum. Peritonitis diffusa fibrino-purulenta. Pleuritis fibrinosa sinistra. Nephritis parenchymatosa.

No. 413. Schlächtersfrau I., 25 Jahre alt, VI. para.

Anamnese: 4 normale Geburten, 1 Abort.

L. M. Mitte August. Am 6. XII. Abgang der Frucht, seitdem 8 Tage lang Blutung bestanden hat. Während der letzten 5 Tage Fieber, mehrmals sind Schüttelfröste aufgetreten. Vorgestern Nacht trat sehr starke Blutung auf. T. 39,8. P. 140.

11. XII. Aufnahme in die Klinik.

Status: In der Scheide grosse Blutcoagula, Mm. für einen Finger durchgängig. Uterus dem 3. Monat entsprechend vergrössert. T. 38,4, P. 124. Ausräumung in Narkose. Schüttelfrost. T. 41,6, P. 138.

12. XII. M. T. 37,4, P. 92. A. T. 37,8, P. 94.

Nach 2 Tagen ist das Fieber abgefallen.

17. XII. Geheilt entlassen.

Uterus gut zurückgebildet, liegt normal, Adnexa frei. Geringer Ausfluss.

No. 418. Frau H., 35 Jahre alt, VI. para.

Anamnese: 5 normale Geburten.

L. M. Ende August. Am 6. XII. Blutung, die etwa 8 Tage lang anhielt, am 13. XII. Frost, welcher sich öftters wiederholte. Tags darauf von der Poliklinik behandelt. Tamponade am 16. XII. Erneuerung der Tamponade. Seit dem 14. XII. sollen jeden Tag mehrmals Schüttelfröste aufgetreten sein. Geringe Blutung.

17. XII. Aufnahme in die Klinik.

Status: In der Scheide Tampons.

Entfernung derselben. Uterus dem 5. Monat entsprechend vergrössert. Cervix für einen Finger durchgängig. Blutiger putrider Ausfluss. T. 40,3, P. 124. Schüttelfrost.

In Narkose wird ein Fuss heruntergeholt und angebunden, eine dabei vorgefallene Nabelschnur wird doppelt unterbunden und abgeschnitten. Spontane Ausstossung einer frischen Frucht und Placenta. Uterusausspülung.

18. XII. M. T. 36,0, P. 96. A. T. 97,0. P. 100.

Der Puls schwankt in den nächsten Tagen zwischen 90 und 100, die Temp. zwischen 36,0 und 36,8.

21. XII. Nur auf Wunsch entlassen.

Befund: Uterus retroponiert, noch etwas vergrössert. Anhänge frei.

No. 722. Wäscherin Frau R., 41 Jahre alt, VIII. para.

Anamnese: 7 normale Geburten.

L. M. Ende August. Seit 3 Wochen Blutung, vor 3 Tagen sehr stark. In den letzten Tagen Fieber mit Schüttelfrösten.

20. XII. Aufnahme in die Klinik.

Status: Uterus entsprechend dem 3. Monat vergrössert. Cervix für 1 Finger durchgängig. Im Uterus ist die Frucht zu fühlen. T. 38,4, P. 116.

21. XII. M. T. 38,8, P. 116. Spontane Geburt einer frischen Frucht dem 3.—4. Monat entsprechend. Ausspülung.

Starke Blutung, daher wird die Placenta sogleich in Narkose ausgeräumt. Ergotin 2 mal täglich 25 gtt. Schüttelfrost. A. T. 38,5, P. 115.

Nach 3 Tagen ist Pat. fieberfrei.

27. XII. Auf Wunsch gegen ärztl. Rat entlassen.

Befund: Uterus ist retroponiert, fixiert. Adnexa frei. Pat. ist noch sehr anämisch.

1895.

No. 17. Dachdeckersfrau P., 34 Jahre alt. VII. para.

Anamnese: L. M. Anfang September. Pat. war im 4. Monate gravida. Seit Anfang Januar Blutung. Die Frucht soll abgegangen sein. Seit 8 Tagen Fieber und Schüttelfrost. Schlaf schlecht. In der Poliklinik wurde die ganz zersetzte Placenta ausgeräumt.

14. I. Aufnahme in die Klinik.

Status: Pat. sehr anämisch, Abdomen flach, nirgends schmerzhaft. T. 39,6°, P. 112, 3mal tägl. 10 gtt. Ergotin.

15. I. M. T. 36,4°, P. 68, A. T. 37,6°, P. 76.

16. M. T. 40,4, P. 112. A. T. 37,2, P. 72. Wegen putriden Ausflusses nach Desinfektion mit 1%iger Lysollösung Uterusausspülungen.

17. I. M. T. 40,6, P. 102, Schüttelfrost, A. T. 40,4, P. 112, Schüttelfrost. 3 mal 1 g Natr. sal. 6 Schröpfköpfe. Heftige Schmerzen in der rechten Brustseite. Geringe Dämpfung und vereinzelte Rasselgeräusche, blutiges Sputum.

18. I. M. T. 39,6, P. 120, A. T. 39, P. 120. 3mal tägl. 10 gtt. Ergot. 3mal 20 gtt. Aqua amygdal. am. Dämpfung links von der Scapula abwärts, Atmungsgeräusche fast aufgehoben.

19. I. M. T. 40, P. 124, A. T. 37, P. 116. Liquor Amon. 3mal tägl. 20 gtt. Bronchialatmen im Bereiche der Dämpfung, kaum blutig gefärbtes Sputum. Es entwickelt sich bei der Pat. Gangraena pulm.

30. I. Exitus let.

Leichendiagnose: Endometritis putrida post abort. Thrombophlebitis spermatic. dextr. Pyopneumothorax dextr. haemorrhagic. Gangraena pulmon. dextr. Hyperplasia lienis.

No. 32. Arbeitersfrau H., 45 Jahre alt. XII. para.

Anamnese: 5 normale Geburten. 1 Frühgeburt von 7 Monaten. 5 Aborte. L. M. Anfang November. — Mitte Dezember Schüttelfrost und Erbrechen. Dieses wiederholte sich bis Ende Dezember. 16. I. Schüttelfrost, Fieber und Blutung. 21. I. Tamponade. T. 38,6—40,3°.

23. I. Aufnahme in die Klinik.

Status: Leib unten und rechts empfindlich. Uterus dem 3. Monate entsprechend vergrössert, hart, rechte Anhänge wegen Schmerzhaftigkeit nicht abzutasten, Blutiger, putrider Ausfluss. T. 38,4, P. 92.

24 I. M. T. 37,0, P. 84. A. T. 36,8, P. 68, 2 g Chloral.

25. I. Mm. für einen Finger durchgängig, Placentareste im Uterus zu fühlen. In Narkose ausgeräumt. 14. M. T. 36,9, P. 72, A. T. 39,1, P. 92. Schüttelfrost 3mal tägl. 10 gtt. Ergotin.

26. I. M. T. 36,4, P. 62, A. T. 36,5, P. 68.

27. I. Pat. ist fieberfrei.

1. II. Geheilt entlassen.

Befund: Uterus retroflektiert, lässt sich leicht aufrichten. Adnexa frei. Pat. wird auf später zur event. Retroflexiobehandlung in die Poliklinik bestellt.

No. 77. Frl. W., 21 Jahre alt, I. para.

Anamnese: Menses regelmässig, L. M. Anfang Januar. Am 3. d. M. angeblich „gefallen", darauf Ausfluss. Seit 4 Tagen starker putrider Ausfluss. Gestern Blutung. Schüttelfröste sollen nicht aufgetreten sein.

12. III. Aufnahme in die Klinik.

Status: Kräftiges Mädchen. Abdomen flach, nicht empfindlich. Uterus vergrössert entsprechend dem 3. Monate. Im hinteren Scheidengewölbe eine zehnpfennigstückgrosse Oeffnung, durch welche der Finger in eine Jauchehöhle eindringt. Speculumbild: Im hinteren Scheidengewölbe und rechts neben dem Uterus eine von verfärbter Schleimhaut umgebene Perforationsöffnung, aus welcher Jauche abfliesst. Jodoformgaze wird durch die Scheide in die Höhle vorgeschoben. Op. suppos. T. 37,4, P. 96.

13. III. Tampons entfernt, hinter denselben ein hühnereigrosses Blutcoagulum. Starke Jauchung und Eczema genitil. Mm. für einen Finger durchgängig. Kreuzschmerzen,

Tampons nicht erneuert. Vaginalausspülung. Rings um den Uterus grosse Empfindlichkeit, rechts hinter dem Uterus ein Exsudat zu fühlen. M. T. 37,6, P. 76, A. T. 38,4, P. 100, Schüttelfrost.

14. III. Starke Blutung, grosse Anämie. M. P. 36,3, P. 104, A. T. 37,8, P. 84.

15. III. Abermals Blutung. Mm. nicht zu fühlen. Im hinteren Scheidengewölbe kann man ein fluktuierendes Geräusch wahrnehmen. M. T. 36,4, P. 108, A. T. 36,6, P 100.

16. III. M. T. 36,6, P. 120, A. T. 36,8, P. 120. 5 h. p. m. Mässige Blutung. Eine Stunde später starke Anämie. Puls klein, kaum zu fühlen. Extremitäten kühl. Angst. Jactatio. Tieflagerung des Kopfes. Subkutane Kochsalzinfusion — Kampheräther — Cognac — Clysma; starker Kaffee. Um ½8 Uhr Laparotomie. Aether, Narkose. Beim Einschneiden in das praeperitoneale Bindegewebe entleert sich sofort eine stark jauchige, blutige Flüssigkeit. Im Abdomen kein freier Erguss. Der Uterus ist etwas vergrössert und weich. Hinter dem Uterus ein geborstener mit jauchigen, haemorrhagischen Massen angefüllter Tumor, der über faustgross ist und vom rechten Ovarium ausgeht. Aus einer Rupturstelle wird eine Handvoll putrider Coagula herausgenommen. Darauf stirbt die Pat. auf dem Operationstische. Provisorische Naht.

Leichendiagnose: Status uteri gravid. mens. II. Perforatio (artificialis) fornicis posterioris vaginae communicans cum tumore cystico haemorrhagico putrefacto ovarii dextri. Anaemia universal.

No. 85. Seidenfärbersfrau L., 24 Jahre alt, III. para.

Anamnese: 2 normale Geburten.

L. M. Anfang Dezember. Am 10. III. erkrankte Pat. an Unterleibsschmerzen, ohne Fieber, die Schmerzen waren wehen- und krampfartig. Am 18. III. Ausstossung einer Frucht, ein Arzt versuchte die Nachgeburt an mehreren Tagen zu lösen, tägl. Karbolausspülung. Gestern Abend Schüttelfrost, der sich diesen Vormittag wiederholte.

22. III. Aufnahme in die Klinik.

Status: Sehr schwächliche, anämische Frau. Leib im unteren Teile druckempfindlich. Putrider Ausfluss. Uterus in normaler Lage. Mm. geöffnet, im Cavum zersetztes Placentargewebe zu fühlen. In Narkose wird ein

über wallnussgrosses putrides Placentarstück ausgeräumt. — Schüttelfrost. A. T. 40,0, P. 120.

23. III. M. T. 37, P. 96. A. T. 37,4, P. 92.

24. III. M. T. 36,9, P. 92. A. T. 36,8, P. 96.

25. III. Pat. ist fieberfrei.

27. III. Geheilt entlassen.

Befund: Uterus retrovertiert, ist aber leicht aufzurichten. Anhänge frei.

No. 128. Klavierstimmersfrau H., 35 Jahre alt. IX. para.

Anamnese: 6 Geburten, 2 Aborte. Die 3. und 4. Geburt ist mit Kunsthilfe beendet, nach diesen beiden Geburten jedesmal 14 tägiges Fieber. Letzter Abort im August 1894.

L. M. Anfang Januar. Im Februar starke Blutung.

Am 16. IV. verlor Pat. infolge einer heftigen Gemütsbewegung das Wasser. Wehen traten nicht ein. Am 2. V. Schüttelfrost und starkes Fieber.

4. V. Aufnahme in die Klinik.

T. 38,0, P. 100.

5. V. Abgang einer macerierten Frucht. Darauf stärkere Blutung, welche eine sofortige manuelle Lösung der Placenta notwendig machte. Linkes Parametrium scheint etwas resistent und empfindlich zu sein. M. T. 39,4, P. 104. Schüttelfrost. A. T. 36,4. P. 104. 3 mal täglich 10 gtt. Ergotin.

6. V. M. T. 38,0, P. 92. A. T. 37,0, P. 88. Allgemeinbefinden gut.

7. V. M. T. 37,6, P. 88. A. T. 37,0, P. 84.

8. V. Pat. ist fieberfrei.

13. V. Geheilt entlassen.

Befund: Allgemeinbefinden gut, Anämie noch vorhanden. Uterus noch nicht ganz zurückgebildet, anteflektiert, stark nach rechts verlagert. Links an der Beckenwand ein parametrisches Exsudat zu fühlen.

No. 163. Arbeitersfrau M., 26 Jahre alt, IV. para.

Anamnese: 2 Geburten, die letzte mit ärztlicher Hilfe beendet. 1 Abort.

L. M. Mitte März. Am 7. VI. will Pat. gefallen sein, und gleich darauf sollen sich Blutungen eingestellt haben. 8. VII. Nachts trat Fieber und 3 Schüttelfröste auf.

9. VI. Aufnahme in die Klinik.

Status: Uterus vergrössert entsprechend dem 3. Monat. In der Vagina eine 8 cm lange macerierte Frucht. Blutung. Wegen der Blutung und des hohen Fiebers erfolgt die sofortige Ausräumung der Placenta. Die Lösung derselben ist zwar leicht, jedoch die Herausbeförderung wegen des engen Mms. schwer, mit der Abortzange gelingt es. Uterus ist andauernd schlaff, so dass beträchtliche Blutungen eintreten. 2 Ergotinspritzen. T. 39,2, P. 106.

10. VI. M. T. 36,6, P. 76. A. T. 37, P. 84. Verlauf ist fieberlos. Geringe Schmerzhaftigkeit des Abdomens.

14. II. Geheilt entlassen.

Befund: Uterus involviert, keine entzündliche Erscheinungen.

No. 185. Postschaffnersfrau W., 32 Jahre alt, V. para.

Anamnese: 3 normale Geburten und 1 Abort vom 3. Monat vor einem Jahre.

L. M. Ende Februar. Am 24. VI. plötzliche starke Blutung. Abends Fieber.

25. VI. Aufnahme in die Klinik.

Status: Kräftige Frau. Abdomen weich und nicht druckempfindlich. Hinteres Scheidengewölbe schmerzhaft. Blutcoagula in der Vagina. Mm. gespalten, Ektropium, für den Finger nicht durchgängig. Uterus vergrössert entsprechend dem 4. Monat; weich. Anhänge frei, T. 39,0, P. 130.

5. h. p. m. Desinfektion. Einlegen von Laminaria. Jodoformgazetamponade.

26. VI. M. T. 38, P. 100. Entfernung des Laminariastiftes. Mm. durchgängig. Tampons mässig durchblutet, keine Wehen. Tamponade des Cervix und der Vagina. Mittags treten Wehen ein. Stärkere Blutung durch die Tampons: 5 h. p. m. Hinter diesen liegt die Frucht (Blutmole). In Narkose wird noch ein Stück Eihaut gelöst Blutung steht. T. 39,0, P. 102 2 mal täglich 10 gtt. Ergot.

27. VI. M. T. 37,0, P. 98. A. T. 37,0, P. 92.

28. VI. Pat. ist fieberfrei.

3. VII. Geheilt entlassen.

Befund: Uterus involviert. Adnexa frei.

No. 187. Arbeitersfrau Sch. 29 Jahre alt. XII. para.

Anamnese: 5 normale Geburten, 6 Aborte.

L. M. Anfang März. Seit 14 Tagen leichte Blutung, seit gestern Fieber, keine Wehen.

26. VI. Aufnahme in die Klinik.

Status: Kräftige Frau. Abdomen weich, Status febril. T. 39,0, P. 80. Mm nicht durchgängig, Uterus vergrössert entsprechend dem 3. Mon. Blutung.

A. T. 40,0, Puls 120, Schüttelfrost.

27. VI. Morgens $^1/_2$9 U. Einlegen von Laminaria, Jodoformgazetamponade. Abends in Narkose Ausräumung. 3 tägl. 10 gtt. Ergot.

M. T. 38,4, P. 120; A. T. 40,6, P. 108, Schüttelfrost.

28. VI. M. T. 36,4, P. 80; A. T. 36, P. 68.

29. VI. Pat. ist fieberfrei.

4. VII. Geheilt entlassen.

Befund: Uterus zurückgebildet, Mm. geschlossen. Adnexa frei. Geringer Ausfluss.

No. 188. Frau S., 27 Jahre alt, III. para.

Anamnese: 1 Part. praemat. von 7 Monat im Novemb. 94. L. M. Mitte Februar. Seit 3 Wochen Blutung, putrider Ausfluss. Am 27. VII. Fieber.

28. VII. Aufnahme in die Klinik.

Status: Abdomen weich. Uterus schmerzhaft, Mm. für einen Finger, durchgängig, Fruchtblase zu fühlen. Keine Wehen. Desinfektion. Tamponade des Cervix und der Vagina.

T. 37,8, P. 104.

29. VII. Nachts Wehen. 6 h. a. m. Tampon und Frucht werden spontan ausgestossen, nur das Chorion scheint zu fehlen. Nachmittag Blutung. Es wird ein grosses Stück Eihaut entfernt. 3 mal tägl. 10 gtt. Ergot.

M. T. 40,1, P. 104, Schüttelfrost; A. T. 39,2, P. 84, Schüttelfrost.

30. VII. M. T. 36,6, P. 76; A. T. 36,8, P. 72.

1. VIII. Pat. ist fieberfrei.

7. VIII. Geheilt entlassen.

Befund: Uterus gut zurückgebildet, retrovertiert. Adnexa frei.

No. 206. Arbeitersfrau H.. 28 Jahr alt, V. para.

Anamnese: 3 normale Geburten, 1 Abort vor 2 Jahren. L. M. Mitte März. In der Nacht zum 12. Juli traten heftige Blutungen und ein starker Schüttelfrost auf.

13. VII. Aufnahme in die Klinik.

Status: Kräftige Frau, etwas anämisch. Abdomen wenig aufgetrieben und empfindlich. Geringer blutiger Ausfluss. Mm. nicht durchgängig. T. 39,2, P. 120.

Desinfectio, Tamponade des Cervix und der Vagina.

14. VII. 4h. a. m. Wehen. 12h. m. starke Blutung, Tampons und Frucht (30 cm lang) werden spontan ausgestossen.

¼2h. p. m. Expressionsversuche der Placenta 2h. p. m. Wiederholung der Expressionsversuche der Placenta 2h. p. m Wiederholung der Expressionsversuche 4h. p. m. Manuelle Lösung der Placenta.

M. T. 39,2, P. 98; A. T. 37,4, P. 88.

3 mal tägl. 15 gtt. Ergotin.

15. VII. M. T. 37,2, P. 84; A. T. 36,2, P. 90.

16. VII. Pat. ist fieberfrei.

20. VII. Geheilt entlassen!

Befund: Uterus involviert, Adnexa etwas verdickt.

No. 222. Frau Sp., 29 Jahre alt, III. para.

Anamnese: 2 normale Geburten, bei der letzten musste die Nachgeburt manuell gelöst werden. 28. VII. ging die Frucht ab. Seit dieser Zeit Blutungen. Kurz vor der Ausstossung der Frucht Schüttelfrost.

29. VII. Aufnahme in die Klinik.

Status: Uterus entsprechend dem 4. Mon. vergrössert. Mm. ist durchgängig. Placenta ist im Uterus zu fühlen. Ausräumung in Narkose. Uterusausspülung. T. 41,8, P. 100, Schüttelfrost.

31. VII. M. T. 38,4, P. 102; A. T. 39,2, P. 98.

1. VIII. M. T. 37,4, P. 84; A. T. 37,2, P. 80.

2. VIII. Pat. ist fieberfrei.

8. VIII. Gebessert entlassen.

Befund: Uterus involviert, beweglich anteflektiert. Rechte Tube geschwollen, Umgebung infiltriert, doch keine Beschwerden. Nur auf Wunsch entlassen.

No. 227. Landwirtsfrau Sch., 35 J., VII. para.

Anamnese: 6 normale Geburten. L. M. Anfang März. Am 29. VII. ist d. Frucht ausgestossen. Schon vor Abgang der Frucht mehrmals ein Frost- und Hitzegefühl. Die Blutung war gering, erst seit gestern stärker. Pat. wurde in der Poliklinik ausgeräumt. Wegen starke Blutung heisse Wasserirrigationen und intrauterine Tamponade. 2 Spritzen Ergotin.

2. VIII. Aufnahme in die Klinik. — 3mal tägl. 15 gtt. Ergot.

M. T. 39,8, P. 140; A. T. 38,8, P. 140, Schüttelfrost.

4. VIII. M. T. 36,8, P. 98; A. T. 36,8, P. 92.

5. VIII. Pat. ist fieberfrei.

8. VIII. Geheilt entlassen.

Befund. Nach Reposition des retroflektierten Uterus hat Pat. augenblicklich keine Beschwerden.

No. 237. Arbeitersfrau Sch., 26 Jahre alt, IV. para.

Anamnese: 2 normale Geburten und eine Frühgeburt von $6^1/_2$ Monat.

L. M. Anfang Juni. Nach einem Fall von der Treppe am Anfang dieses Monats hatte Pat. starke Kreuzschmerzen. Am 10. August stellte sich Fieber mit Schüttelfrost ein.

14. VIII. Aufnahme in die Klinik.

Status: Uterus vergrössert entsprechend dem 3. Mon. Starke Blutung. Cervix völlig erweitert. Chloroformnarkose. Ausräumung der Frucht. 1 Spritze Ergot. T. 38,4, P. 84.

15. VIII. M. T. 37, P. 72; A. T. 36,6, P. 76.

16. VIII. Pat. ist fieberfrei.

19. VIII. Geheilt entlassen.

Befund: Uterus in Involution begriffen. Lochia cruenta.

No. 285. Arbeitersfrau S., 29. Jahre alt, IV. para.

Anamnese: 2 normale Geburten und 1 Abort. In der letzten Zeit litt Pat. an Krämpfen. Seit 8 Tagen Blutungen und Fieber. 11. X. Abortus immenens.

11. X. Aufnahme in die Klinik.

Status: 11 h. a. m. Uterus vergrössert dem 2. Mon. entsprechend. Cervix undurchgängig. Tamponade der Vagina 6 h. p. m. Desinfektion. Einlegen eines Laminariastiftes in den Cervix. T. 38,4, P. 104.

12. X. Ausräumung in Narkose. M. T. 37,8, P. 110; A. T. 40,7, P. 114. 2 mal täglich 15 gtt. Ergotin.

13. X. M. T. 36,6, P. 104; A. T. 37,4, P. 96.

14. X. Pat. ist fieberfrei.

16. X. Gebessert entlassen.

Befund: Uterus in Involution begriffen. retroflektiert.

No. 305. Arbeitersfrau G., 28 Jahre alt, VI. para.

Anamnese: 4 normale Geburten, 1 Abort.

L. M. Ende August. Vor 14 Tagen starke Schmerzen im Unterleibe Blutung seit 4 Tagen. Gestern hohes Fieber.

27. X. Aufnahme in die Klinik. M. T. 39,1, P. 112.

Status: Etwas anämische, kräftige Frau. Abdomen nicht aufgetrieben, nicht empfindlich. Blutiger Ausfluss. Cervix für den Finger nicht durchgängig. Uterus dem 4. Mon. entsprechend vergrössert, weich. 12. h. m. Einlegen eines Laminariastiftes. 6 h. p. m. Entfernung desselben. Cervikalkanal durchgängig. Ausräumung der Placenta in Narkose. Uterusausspülung mit Lysollösung, 1 Ergotinspritze. A. T. 39,6, P. 116.

28. X. M. T. 37, P. 108; A. T. 39,6, P. 104, Schüttelfrost.

29. X. M. T. 36,4, P. 88; A. T. 36,8, P. 80, Blutung.

30. X. Pat. ist fieberfrei.

2. XI. Geheilt entlassen.

Befund: Uterus liegt normal. Die Blutung hat vollständig aufgehört.

No. 358. Klempnersfrau T., 23 Jahre alt, IV. para.

Anamnese: 3 normale Geburten, die letzte vor einem Jahre.

L. M. Anfang Oktober. Vor 6 Tagen starke Blutung, welche 3 Tage andauerte. Abgang einer Frucht, jetzt ist die Blutung wiederaufgetreten. Gestern Schüttelfrost, diesen Morgen Erbrechen.

14. XII. Aufnahme in die Klinik.

Status: Abdomen leicht aufgetrieben. In der ganzen Ausdehnung sehr empfindlich. Vulva klafft, eitriger Aus-

fluss. Cervikalkanal für einen Finger durchgängig, eine genauere Untersuchung ist wegen der grossen Empfindlichkeit nicht ausführbar. T. 39,6, P. 128.

15. XII. M. T. 39,1 P. 120; A. T. 39,6, P. 124. Abdomen aufgetrieben, gespannt, sehr druckempfindlich; Priessnitz. 4 mal täglich 10 gtt. Op.

16. XII. T. 39,0, P. 116; A. T. 104, P. 136. 4 mal täglich 0,05 g Op. Diarrhoe.

18. XII. M. T. 39,2, P. 148; A. T. 38,6, P. 132. 3 mal täglich 15 gtt. Op. Abdomen sehr prall, geringe Auftreibung. Erbrechen hält an, Facies septica.

19. XII. M. T. 39,6, P. 140; A. T. 38,4, P. 148. In dem Krankheitsbilde tritt bis zum 23. XII. keine Aenderung ein.

23. XII. M. T. 38,0, P. 156; A. T. 38,6, P. 132.

25. XII. M. T. 38,4, P. 124; A. T. 38,8, P. 148.

26. XII. $7^1/_2$ h. a. m. Exit. let.

Leichendiagnose: Peritonitis diffusa fibrinopurulenta post abortum. Cyanosis lienis et renis utriusque.

1896.

No. 4. Lina D. Arbeitersfrau, 36 Jahre, VII. para.

Anamnese: Pat. hat 5 normale Geburten und 1 Abort vor 3 Jahren durchgemacht. Mens. regelmässig. L. M. 11. X. Seit 2 Tagen starke Blutung.

6. I. Aufnahme in d. Klinik.

Befund: Schwächliche Frau. — Geringe Blutung. Cervix für einen Finger durchgängig. Uterus dem 3. Monat entsprechend vergrössert, anteflektiert. Umgebung etwas empfindlich. Im Uterus sind Placentareste zu fühlen.

T. 37,0, P. 120. Desinfektion und Ausräumung, gleich darauf Schüttelfrost und starke Blutung.

T. 41,12, P. 122. 3 mal tägl. 15 Tropf. Ergotin.

7. I. M. T. 40, P. 124. A. T. 31 P. 130.

8. I. Nachts ein Schüttelfrost. M. T. 39,6, P. 120. A. T. 40, P. 128 Schüttelfrost.

9. I. M. T. 39,0, P. 120. A. T. 40,2, P. 140. Pat. klagt über Schmerzen beim Urinlassen.

10. I. M. T. 39,4, P. 140, A. T. 40,2, P. 142. Linke Abdominalhälfte schmerzhaft, Priessnitz.

11. I. 40.4, P. 140. A. T. 40, P. 148.

12. I. 40,4, P. 140. 3 h. p. m. Exitus letalis.

Leichendiagnose: Endometritis putrida. Thrombophlebitis venae spermatic. dextr. Parametritis putrida dextr. Abcessus embolici pulmonum. Pneumonia crouposa lobi inf. pulmon. sinistri. Tumor lienis.

No. 43. Arbeitersfrau Huhn, 37 Jahre alt, IV. para.

Anamnese: 3 normale Geburten, letzte im Jahre 1890. Mens. regelmässig. L. M. Anfang November.

Am 3. II. Blutung, Fieber.

5. II. Aufnahme in d. Klinik.

T. 36,9, P. 112.

Status: Pat. kommt ausgeräumt aus dem Ambulatorium wegen starken Schüttelfrostes. Geringe Blutung. Keine weitere Exploration.

6. II. M. T. 36,4, P. 88, A. T. 36,5, P. 92. Auf Ergotinbehandlung steht die Blutung.

7. II. M. T. 37, P. 80, A. T. 38,2, P. 96.

8. II. M. T. 36,3, P. 70, A. T. 36,8, P. 60.

10. II. Geheilt entlassen.

No. 50. Postillonsfrau M., 31 Jahre alt, IV. para.

Anamnese: 2 normale Geburten, 2 Aborte, der letzte am 13. Januar a. c. Poliklinisch ausgeräumt. Darauf mehrere Schüttelfröste. Nach 14 Tagen aufgestanden, dann nach 8 Tagen wieder Schüttelfrost, Schmerzen, in d. r. Abdominalseite.

12. II. Aufnahme in d. Klinik.

Status: Abdomen flach, nicht druckempfindlich. Uterus retroponiert und fixiert. Adnexa scheinbar frei. Mm. geschlossen. Keine Blutung.

M. T. 38,4, P. 116, A. T. 40,6, P. 128. Priessnitz. 3 mal tägl. 15 gtt. Ergotin.

13. II. M. T. 39,0, P. 120, A. T. 40,4, P. 128.

15. II. M. T. 37,2, P. 92, A. T. 37,6, P. 92.

16. II. Pat. ist fieberfrei.

24. II. Geheilt entlassen.

Befund: Uterus anteflektiert, Parametrien frei.

No. 16. Bahnarbeitersfrau E., 23 Jahre alt, I. para.

Anamnese: Letzte Mens. Ende Oktober. Pat. blutet seit 3 Tagen. Frost.

9. I. 10. h. p. m. T. 40,0, P. 136. Tamponade in d. Poliklinik.

10. I. Aufnahme in d. Klinik.

11 h. a. m. T. 37,2, P. 69. Nachmittags starke Wehen, mässige Blutung, Abends wird die Frucht ausgestossen. Blutung hält an, Chloroformnarkose, Desinfektion, Mm. für einen Finger durchgängig. — Im Uterus Eiteile zu fühlen. Leichte Ausräumung. A. T. 38,2, P. 112.

11. I. M. T. 37,8, P. 90, A. T. 37, P. 88.

12. I. Pat. ist fieberfrei. Etwas Blutung. Geringe Leibschmerzen. Abdomen ist noch empfindlich.

16. I. Pat. wird geheilt entlassen.

No. 23. Schlossersfrau A., 29 Jahre alt, VII. para.

Anamnese: 5 normale Geburten, die letzte war im November 1894. 1 Abort im April 1895. L. M. Anfang Oktober.

15. I. Um Mittag Blutung, poliklinisch tamponiert. Nachmittags Schüttelfrost. Nachts Schmerzen und starke Blutung.

16. I. Aufnahme in d. Klinik. T. 39,4, P. 120.

Status: Abdomen flach, nicht empfindlich; Vagina tamponiert. Hinter den Tampons liegt eine frische 3 Monat alte Frucht. — Mm. für 2 Finger durchgängig. Uterus retrovertiert, fixiert.

Ausräumung in Narkose Uterusausspülung. 15 gtt. Ergotin. 3 mal tägl. Schüttelfrost. A. T. 40,6, P. 122.

17. I. M. T. 37,4, P. 88, A. T. 38, P. 100.

19. I. Pat. ist fieberfrei.

21. I. Geheilt entlassen.

No. 61. Apothekersfrau Z., 40 Jahre alt. III. para.

Anamnese: L. M. Anfang Dezember. Seit mehreren Tagen Blutug und Fieber bis 40,0, wehenartige Schmerzen. Mattigkeit.

17. II. Aufnahme in die Klinik.

Status: Etwas anämische Frau. Aus den Genitalien entleert sich putrider Ausfluss. Uterus leicht vergrössert,

retrovertiert. Cervix erhalten. Mm. eben für einen Finger durchgängig. Im Cavum fühlt man weiche Massen. Linkes Parametrium leicht druckempfindlich.

T. 37,6. P. 120.

Narkose, Desinfektion, Ausräumung von putriden Abortresten. Schüttelfrost.

A. T. 40,4. P. 130.

18. II. M. T. 40,2, P. 140, A. T. 39,2, P. 108.

3mal tägl. 10 gtt. Op.

2mal tägl. 15 gtt. Ergot.

19. II. M. T. 38, P. 100. A. T. 37,5, P. 98.

21. II. Pat. erkrankt an Cystitis und Nephritis.

3. III. Pat. auf ihren Wunsch entlassen.

Befund: Es besteht Cystitis, Urin enthält Albumen, Eiterkörperchen und Cylindroide.

No. 83. 1896. Schlossersfrau Sch., 28 Jahre alt, IV. para.

Anamnese: 3 Partus zwei mal mit Kunsthilfe Mens. regelmässig. L. M. Anfang Januar. Vor 8 Tagen trat Blutung auf, Kreuzschmerzen, Fieber.

8. III. Aufnahme in die Klinik.

Status: Uterus anteflektiert, vergrössert, entsprechend dem 3. Monate. Mm. durchgängig. Im Innern Eiteile zu fühlen. Keine Blutung. T. 38,6, P. 100.

9. III. Scheidentamponade.

M. T. 37,6, P. 98, A. T. 37,8, P. 100.

10. III. Tampons entfernt, unveränderter Befund, weitere Tamponade.

M. T. 37,6, P. 98, A. T. 37,8, P. 94.

11. III. M. T. 36,8, P. 92, A. T. 37,1, P. 100.

12. III. Fieber, Ausräumung.

M. T. 36,5, P. 98, A. T. 39,1, P. 129.

15. III. 37, P. 80, A. T. 38, P. 94.

Am 20. III. ist Pat. fieberfrei.

22. III. Geheilt entlassen.

Befund: Uterus gut zurückgebildet, Adnexa frei.

No. 84. 1896. Frau K., 29 Jahre alt, IV. para.

Anamnese: 3 normale Geburten, letzte vor 3 Jahren.

Seitdem sind die Menses unregelmässig. Von dem 2. III. ab an Blutung. 7. III. Schüttelfrost und Fieber.

9. III. Aufnahme in die Klinik.

T. 37,4, P. 99.

Status: Etwas anämische Frau. Uterus faustgross, weich, kontrahiert sich bei der Untersuchung. Scheide und Portio aufgelockert. Mm. nicht durchgängig für einen Finger. In der Vagina Blutcoagula und die macerierte 6 cm lange Frucht. Es wird nach strengster Desinfektion der Uterus und die Scheide tamponiert.

10. III. M. 37,8, P. 100. A. T. 37,8, P. 120.

Entfernung der Tampons, Mm. für einen Finger durchgängig. In Narkose Ausräumung.

11. III. M. T. 37,9, P. 108, A. T. 37,6, P. 98.

13. III. Entfiebert.

14. III. Geheilt entlassen.

No. 105. Frau Sch., 29 Jahre alt, X. para.

Anamnese fehlt. 27. III. Aufnahme in die Klinik.

Status: Anämische, magere Frau. Vagina weit, Mm. für einen Finger durchgängig. Im Fundus Placentareste. Dicht hinter dem I. Mm. fühlt man an der vorderen und hinteren Uteruswand eine teilweise Durchtrennung der Uterusmuskulatur. Ebenso finden sich derartige Stellen höher hinauf an der hinteren Wand. Bei der Ausräumung kommen einige Placentareste heraus sowie eine ganze Anzahl über erbsengrosse Stücke, die aus festem muskulösem Gewebe bestehen. Nach der Ausräumung geringe Blutung. Ergotin und heisse Ausspülung. T. 38,0, P. 116.

28. III. M. T. 37,6, P. 120. A. T. 39,6, P. 118. Linkes Parametrium sehr empfindlich. Priessnitz.

1. IV. M. T. 36,4, P. 80. A. T. 37, P. 89.

4. Pat. verlässt gegen ärztlichen Rat die Klinik.

Befund: Uterus liegt retroponiert, fixiert. Im linken Quadraten des Beckens ein hartes druckempfindliches Exsudat. Von einer Durchtrennung der Uterusmuskulatur ist nichts mehr zu fühlen.

No. 137. Briefträgersfrau R., 27 Jahre alt, II. para.

Anamnese: Eine normale Geburt vor einem Jahre.

L. M. Ende Februar. Am 23. IV. fiel Pat. 2 Stufen hinunter, empfand gleich darauf heftige Schmerzen in der

linken Seite und wurde ohnmächtig. Zwei Tage später nach einer Anstrengung wurde Pat. wiederum ohnmächtig und hatte heftige Kopfschmerzen. Am 26. IV. traten Schüttelfröste auf, am folgenden Tage Krämpfe.

27. IV. Aufnahme in die Klinik.

Status: Eine mittelgrosse, kräftige Frau. Leib weich, flach. In der Weichengegend schmerzhaft, besonders oberhalb der Symphyse. Portio steht weit nach hinten, Cervikalkanal für einen Finger durchgängig. Wegen grosser Schmerzhaftigkeit kann man den Uterus nicht ganz abtasten. Derselbe liegt antevertiert. — Putrider gelblicher Ausfluss. M. T. 39,4, P. 120. Schüttelfrost. A. T. 37,2, P. 132.

28. IV. M. T. 37,6, P. 92. A. T. 37,2, P. 80. Nachts Abgang von flüssigem und geronnenem Blut. Die Druckempfindlichkeit erheblich nachgelassen. Mm. für einen Finger durchgängig. Im Uterus das Ei fühlbar. Narkose, Desinfektion. Ausräumung. Das ganze Ei wird in toto gelöst und aus dem Uterus entfernt. Dasselbe ist stark übelriechend. Uterus wird 2 mal mit einprozentiger Lysollösung ausgespült. Im hinteren Scheidegewölbe eine 3 mm grosse Wunde.

29. IV. M. T. 37; P. 88. A. T. 36,8; P. 88.

30. IV. Pat. ist fieberfrei.

5. V. Pat. wird geheilt entlassen.

No. 139. Metallschleifersfrau B., 28 Jahre alt, VI. para.

Anamnese: Pat. hat 5 mal geboren, bei der ersten Geburt wurde die Placenta manuell gelöst, sie erkrankte darauf 6 Wochen am „Fieber.“ — L. M. 17. Jan. Am 22. IV. Fall von der Treppe, am 24. IV. Ohnmachtsanfall, seit diesem Tage klagt Pat. über Schmerzen im Unterleibe, Erbrechen und täglich wiederkehrenden Schüttelfrost. Am 25. VI. Ohnmachtsanfälle, Ausstossung der Frucht, Fieber, darauf starke Blutung. Arzt entfernt ohne Narkose die Nachgeburt. Blutung steht.

30. IV. Aufnahme in die Klinik.

T. 38,4, P. 108.

Status: Eine grosse kräftige Frau. Abdomen wenig aufgetrieben, oberhalb der Symphyse eine Resistenz fühlbar, welche sich in diffuse Härte nach links auf die Beckenschaufel fortsetzt. Innere Untersuchung unterbleibt vorläufig.

1. V. M. T. 40, P. 120; A. T. 39,8, P. 116.

Priessnitz. 15 gtt. op.

Uterus retroponiert, fixiert, Bewegungen schmerzhaft. Cervix geschlossen. Der Uterus ist wegen grosser Schmerzhaftigkeit nicht abzutasten.

2. V. M. T. 39,4, P. 120; A. T. 40,0, P. 112.

Leib stark aufgetrieben, bis zum Magen herauf sehr schmerzhaft. In der Weichengegend Dämpfung.

4. V. M. T. 39,6, P. 124; A. T. 39,8, P. 128.

5. V. M. T. 38,8; P. 128; A. T. 39,6, P, 124.

Subjektives Wohlbefinden. Schlaf gut. Delirien. Leib stark aufgetrieben, auf Druck nicht empfindlich.

7. V. M. 39,4, P. 136; A. T. 40, P. 144.

Zustand hat sich verschlimmert. Seit diesem Morgen hartnäckiges Erbrechen.

8. V. M. T. 39,5, P. 142; A. T. 41,4, P. ?

9. V. 2,30h. a. m. Exitus let.

Leichendiagnose:

Status uteri post abortum.

Peritonitis diffusa, fibrinosa, purulenta.

Myocarditis papilaris, fibrosa.

Hypoplasia lienis.

No. 178. Briefträgersfrau Sch., 39 Jahre alt, XI. para.

Anamnese: 9 normale Geburten, vor 2 Jahren ein Abort. L. M. Mitte März.

16. V. trat Blutung auf, welche bis jetzt anhielt. Pat. ist heute erst in ärztliche Behandlung getreten.

Nachmittags 2h. Schüttelfrost und Fieber. Seit Eintritt des Fiebers ist der Leib schmerzhaft. Pat. hat noch bis heute gearbeitet.

7. VI. p. m. Aufnahme in die Klinik.

Status: Kleine schwächliche Frau, sehr anämisch. Starkes Erbrechen. Cyanotische Lippen. Abdomen auf Druck etwas schmerzhaft. Uterus klein, leicht beweglich. Aus dem Cervix ragt ein wallnussgrosser Abortrest, dieser wird entfernt, ist putrid. Uterushöhle schwer zugänglich, Wandungen überall glatt. Keine Blutung, Uterusausspülung.

A. T. 40,1, P. 100; 3 mal tägl. 15 gtt. Op.

9. VI. M. T. 37,8, P. 100; A. T. 38, P. 106.

12. VI. M. T, 39,8, P. 92; A. T. 38,0, P. 108, Schüttelfrost.

Pat. ist hochgradig erregt, steigt aus dem Bette. Druckempfindlichkeit besteht nur in den beiden Parametrien.

13. VI. M. T. 39,8, P. 128; A. T. 40,4, P. 152.

Trotz Morph. und Chloral wächst die psychische Aufregung der Pat.

Druckempfindlichkeit wie gestern. Kein putrider Ausfluss.

14. VI. M. T. 38,8, P. 112; A. T. 40,4, P. 160.

Nachmittags zwischen 4 u. 5 Uhr Collapserscheinungen.

Nachts 11^{45} Exitus letal.

Leichendiagnose:

Peritonitis fibrinosa diffusa p. abortum.

Myocarditis parenchymatosa.

Pleuritis adhaesiva dextra fibrinosa.

Hyperplasia lienis.

No. 232. Frl. W., 28 Jahre alt, II. para.

Anamnese: Eine normale Geburt. Pat. giebt an, von einem Arzt sei die Frucht ausgeräumt. Darauf Schüttelfrost. Fieber.

24. VII. Aufnahme in die Klinik. Desinfektion und Ausräumung. T. 38,8, P. 96.

26. VII. M. T. 37, P. 82. A. T. 37,6, P. 98. Stark putrider Ausfluss. Täglich 2mal Ausspülung mit Lysollösung.

27. VII. Pat. ist fieberfrei.

1. VIII. Kein Ausfluss. Die Pat. geheilt entlassen.

Befund: Kein Ausfluss.

No. 239. Frau R., 41 Jahre, ?para.

Anamnese: L. M. Mitte April. Am 16. Juli stellten sich Wehen ein, Frucht ging ab. Ausgeräumt, seit dieser Zeit fortgesetzte Blutungen. In den letzten Tagen Fieber.

30. VII. Aufnahme in die Klinik.

Status: Stark anämische Frau. Uterus vergrössert. I. Mm. für die Fingerkuppe durchgängig. Laminaria-Dilatation. T. 40,0, P. 126 Schüttelfrost.

31. VII. Ausräumung in Narkose. Ein etwa haselnussgrosses Placentarstück wird herausgebracht. Sublimatausspülung 1,0|5000,0, Schüttelfrost.

1. VIII. M. T. 38,2, P. 100. A. T. 37,4, P. 90.

3. VIII. Pat. ist entfiebert.

6. VIII. Geheilt entlassen.

No. 273. Frl. R., 22 Jahr alt, I. para.

Anamnese: Mens. von den 17. Jahren an regelmässig, L. M. Ende März. Im 3. Monate der Schwangerschaft traten vorübergehende Blutungen auf. 22. VIII. neue und stärkere Blutung, Fieber. Ausräumung, Blutung und Fieber bestehen noch. 25. VIII. Aufnahme in die Klinik. M. T. 36,8, P. 124. A. T. 40,4, P. 124. Schüttelfrost.

Status: Uterus gut faustgross. Mm. für den Finger durchgängig. Im Fundus Placentareste, diese sind gelöst und werden mit der Abortzange herausgeholt. Lysolausspülung.

26. VIII. M. T. 37,6, P. 96. A. T. 38,8, P. 120.

30. VIII. M. T, 38,4, P. 88. A. T. 40,0, P. 124.

31. VIII. M. T. 38,0, P. 100. A. T. 38,6, P. 90.

1. IX. M. T. 37,0, P. 84. A. T. 37,4, P. 76.

2. IX. Entfiebert.

3. IX. Geheilt entlassen.

No. 234. Frau L., 26 Jahre, III. para.

Anamnese: 2 normale Geburten, die letzte vor fünf Jahren. L. M. Mitte Juli. Seit Beginn der Gravidität zeitweise heftige Unterleibsschmerzen.

Am 10. cr. nach einem Fehltritt Blutung mit Schmerzen, die allmählich nachliessen. Am 18. cr. sehr heftige Unterleibsschmerzen und starke Blutung. Tamponade durch einen Arzt.

20. IV. Abgang der Frucht.

21. IX. Aufnahme in die Klinik.

Status: Grosse kräftige Frau. Im linken hinteren Scheidengewölbe eine alte Narbe. Portio ziemlich lang, in der Führungslinie. Uterus retroponiert, fixiert, bei Dislo-

kation schmerzhaft. Mm. für einen Finger durchgängig. Im Uterus rauhe Massen. In Narkose werden aus dem Uterus Placentareste entfernt. Heisse Lysolausspülung.

T. 40,6, P. 92, Schüttelfrost.

22. IX. T. 37,0, P. 84, A. T. 37,6, P. 84.

24. IX. Patientin ist fieberfrei.

28. IX. Geheilt entlassen.

No. 307. Frau W., 32 Jahre alt, XII. para.

Anamnese: 9 normale Geburten, 2 Aborte. L. M. Ende August.

Am 24. Sept. Wehen und an demselben Tage wurde die Frucht ausgestossen. Seitdem Blutung. Pat. fühlt sich schwach, hat starke Kopfschmerzen. Frost und Fieber.

6. X. In der Poliklinik ausgeräumt wird Pat. auf die septische Station verlegt.

T. 41,4, P. 148, 3 mal tägl. 15 gtt. Ergotin.

7. X. M. T. 38,4, P. 104, A. T. 37,6, P. 94.

8. X. M. T. 37,0, P. 92, A. T. 36,4, P. 88.

9. X. Pat. ist fieberfrei.

12. X. Geheilt entlassen.

Befund: Uterus kaum vergrössert, leicht retroponiert. Beide Douglasfalten straff, nicht schmerzhaft, im linken Parametrium eine kleine Geschwulst zu fühlen, die nicht druckempfindlich ist.

No. 312. Gürtlersfrau G., 27 Jahre alt, III. para.

Anamnese: 2 normale Geburten.

L. M. Anfang Juni. Seit dem 4. X. Blutungen, am 8. X. Wehen.

10. X. Abends Aufnahme in die Klinik.

A. T. 39,8; P. 140.

11. X. 8 h. a. m. Temp. 39,6; P. 136 klein, sehr weich, Mm. nicht durchgängig, keine Wehen, putrider Ausfluss. An der Herzspitze ein systolisches Geräusch, II. Pulmonalton leicht accentuiert, keine Herzvergrösserung. Desinfektion, Einlegen von Laminaria. Gegen 5 h. stellen sich Wehen ein, $7\frac{1}{2}$ h. p. m. 37,8; P. 108. Chloroformnarkose. Desinfektion, Entfernung der Laminariastifte. Mm. durchgängig. Schwierige Entfernung der bereits in Zersetzung

übergegangenen Frucht. Geringe Blutung. Uterusausspülung mit 1% Lysollösung. Unmittelbar im Anschluss an die Ausräumung heftiger Schüttelfrost. Darauf Blutung mässigen Grades. Pat. befindet sich bis um Mitternacht wohl, wird dann unruhig. 1,0 g Chloralhydrat, worauf Beruhigung eintritt.

12. X. 2 h. noct. Plötzlicher Exitus unter krampfhaften Erscheinungen.

Leichendiagnose: Status uteri puerperal. post abort. Nephritis parenchymatosa. Splensatio pulmon. utriusque. Oedema lobi sup. pulm. utriusque. Myocarditis parenchymatosa. Hyperplasia lienis.

No. 329. Werkführersfrau O., 30 Jahre alt, VI. para.

Anamnese: 2 normale Geburten, 3 Aborte.

L. M. Ende August. Blutungen Anfang Oktober hörten auf, stellten sich Mitte Oktob. wieder ein. Am 23. starke Blutung ebenso am 27. 2 Schüttelfsröste.

28. X. Aufnahme in die Klinik. T. 38,1; P. 76.

Status: Leicht anämische Pat. Geringe Blutung aus den Genitalien. Uterus tiefstehend, retrovertiert, leicht aufzurichten, gut faustgross, weich. Das linke Parametrium nicht verdickt, auf Druck schmerzhaft. Mm. nicht durchgängig. Einlegen von 2 Laminariastiften.

29. X. M. T. 37,9; P. 92. Ausräumung. Schüttelfrost. A. T. 38,8; P. 92. 3 mal tägl. 15 gtt. Ergot.

30. X. Pat. ist entfiebert.

2 XI. Geheilt entlassen.

Befund: Uterus liegt retrovertiert, wenig vergrössert, beide Ovarien sind druckempfindlich. Reposition des Uterus ist sehr leicht.

No. 331. Krahnführersfrau W., 28 Jahre alt, III. para.

Anamnese: 2 normale Geburten, eine Geburt von 8 Monaten. Letzte Mens. am 9. Aug.

Am 27. Nachm. 4 h. Nachts, den 29. Vorm. 11 h. starker Schüttelfrost.

30. X. Morgens Aufnahme in die Klinik.

M. T. 37, P. 86.

Status: Etwas anämische Frau. Aus den Genitalien stark putrider, blutig-jauchiger Ausfluss. Uterus faustgross

liegt ganz nach rechts und retrovertiert, stark aufgelockert, lässt sich unschwer aufrichten. Der Cervikalkanal ist in seiner vollen Länge erhalten. Mm. undurchgängig. 12½ h. Desinfektion. Einlegen von 3 Laminariastiften.

5 h. Nachdem leidliche Wehenthätigkeit bestanden, Chloroformnarkose, Desinfektion. Mm. durchgängig. Digitale Entfernung von höchst putriden verjauchten Abortresten.

A. T. 37,0, P. 92.

31. X. M. T. 38,7, P. 90, A. T. 38,2, P. 90.

In den nächsten Tagen klagt Pat. über starke Schmerzen im Rectum und Druck auf d. Blase.

T. schwankt zwischen 37,5° und 39, P. zwischen 84 und 92.

6. XI. M. T. 37,6, P. 88, A. T. 37,4, P. 80.

Uterus noch faustgross, eleviert, nicht druckempfindlich, liegt etwas nach rechts. Links vom Uterus und besonders hinter ihm ein etwas unregelmässig begrenzter druckempfindlicher, teils elastischer, teils fluktuierender Tumor der die Lageveränderung des Uterus bedingt.

8. XI. M. T. 37,6, P. 22, A. T. 37,9, P. 98.

Bis heute gutes Allgemeinbefinden. Heute stärkere Schmerzen. Das Exsudat reicht nicht tiefer herab, ist etwas gewachsen.

9. XI. 36,7, P. 92, A. T. 384, P. 98.

Sehr starke Schmerzen im Unterleibe. Abdomen leicht meteoristisch aufgetrieben, links unten druckempfindlich.

10. XI. M. T. 37,4, P. 104, A. T. 39,4, P. 104.

Abdomen stark meteoristisch, nicht druckempfindlich. Mittags ein leichter Frost, Nachts über ist Pat. ruhig, schläft zeitweise gut.

11. XI. 7 h. a. m. Exit. let.

Leichendiagnose: Status uteri puerperal. post abortum, Pelveoperitonitis cavi Douglas. purulenta circumscripta. Peritonitis purulenta diffussa. Parametritis exsudat. duplex, Pleuritis adhaesiva fibrosa duplex. Lymphadenitis mediastinal. poster., caseosa calculosa Splenitis et hepatitis interstitialis.

No. 336. Trambahnfahrersfrau J., 28 Jahre alt, V. para.

Anamnese: Von 4 Schwangerschaften ist nur eine

ausgetragen, die drei anderen wurden im 2. resp. 3. Monate unterbrochen. L. M. Ende Juli. Am 22. X. hatte Pat. einen starken Schüttelfrost, dieser kehrte in den folgenden 6 Tagen 5mal wieder. Am 29. X. wurde die Frucht ausgestossen.

I. XI. Aufnahme in die Klinik. T. 39,0, P. 122.

Status: Hoch fiebernde Frau. Aus den Genitalien fliesst blutig-jauchiger Ausfluss. Der Uterus ist weich, nahezu kindskopfgross, liegt etwas retrovertiert, die Portio hart. Mm. undurchgängig. 5 h. p. m. Desinfektion und Einlegen von 2 Laminariastiften. Nachts über Wehenthätigkeit, die Tampons sind etwas blutig.

2. XI. M. T. 38, P. 128; A. T. 38,4, P. 108. 10 h. a. m. Narkose, Desinfektion, Entfernung der Laminariastifte. Mm. durchgängig, es lassen sich putride Eiteile unschwer entfernen; darauf unbeträchtliche Blutung. 20 gtt. Ergotin.

3. IX. M. T. 37, P. 92; A. T. 37,4, P. 92.

7. XI. Pat. verlässt gegen ärztlichen Rat die Klinik.

Befund: Pat. ist äusserst elend. Uterus ist gut zurückgebildet, liegt normal. Linkes Parametrium etwas druckempfindlich.

No. 355. Frau Z., 38 Jahre alt, XIV. para.

Anamnese: 9 normale Geburten. 4 Aborte von 2 Monaten. L. M. 20. September. Am 11. November fing Pat. zu bluten an. Seit dieser Zeit klagt Pat. über Kopfschmerzen, Frost und Hitze.

18. XI. Aufnahme in die Klinik.

Status: Kräftige Frau, nicht anämisch. Der Uterus dem zweiten Monate entsprechend vergrössert, liegt normal, Corpus weich, während Portio und Cervix kaum aufgelockert sind. Mm. klaffend und für einen Finger durchgängig. T. 36,5, P. 92, Desinfektion und Einlegen von 2 Laminaristiften.

19. XI. M. T. 36,8, P. 88; A. T. 38, P. 108. Leichte Ausräumung in Narkose, 3mal tägl. 20 gtt. Ergotin.

20. XI. M. T. 38, P. 98; A. T. 37,2, P. 90.

22. XI. Patientin ist fiebrfrei.

23. XI. Geheilt entlassen.

Befund: Uterus gut zurückgebildet, liegt normal, linkes Ovarium etwas vergrössert.

No. 385. Fräulein S., 24 Jahre, II. para.

Anamnese: Pat. hat einmal im 7. Monate geboren, ist jetzt im 2. Mon. gravida und seit einigen Tagen schwer erkrankt.

14. XII. Aufnahme in die Klinik.

Status: Leicht benommene Pat., das Gesicht gerötet, die Zunge und die Lippen trocken, borkig belegt. Leib aufgetrieben. In den abhängigen Partien leichte Dämpfung. Vagina stark aufgelockert. Uterus wegen grosser Empfindlichkeit nicht durchzufühlen. T. 40,1, P. 140. In der Nacht sehr unruhig, erst auf eine Morphiuminjektion wird Pat. ruhig.

15. XII. Pat. zeitweise bewustlos, fast stets benommen. M. T. 40,8, P. 148. Pulsus debilis. Pat. hustet viel, schluckt aber gut. Facies Hippocratica. A. T. 40,8. Puls kaum fühlbar.

16. XII. Pat. ist moribund $6^1|_4$ h. p. m. Exitus let. Sektion hat nicht stattgefunden.

No. 388. Hausdienersfrau B., 35 Jahre alt, IV. para.

Anamnese: 2 normale Geburten, 1 Abort.

L. M. Ende August. Am 18. XII. ist die Frucht spontan ausgestossen. Starke Blutungen traten hiernach auf. Pat. hatte Schüttelfrost und heftige Schmerzen im Unterleibe.

18. XII. Aufnahme in die Klinik. Um $10^3|_4$ h. a. m. wird in Narkose ein Teil putrider Placenta ausgeräumt. M. T. 39,9, P. 124; A. T. 38,0, P. 100.

19. XII. M. T. 37,8, P. 98; A. T. 37,4, P. 72.

20. XII. M. T. 37,0, P. 84; A. T. 36,8, P. 78.

21. XII. Pat. ist fieberfrei.

24. XII. Geheilt entlassen.

Es sei mir nun in folgendem gestattet, an der Hand der angeführten Fälle den septischen Abort nach Ursache, Erscheinungen und Verlauf, Behandlung, Prognose und Folgeerscheinungen zu besprechen.

Was die ätiologischen Momente der vorliegenden Fälle betrifft, so finden wir, wenn überhaupt hinsichtlich dieses Punktes eine Bemerkung in der Anamnese zu finden ist,

dass ein „Fall“ oder „Sturz“ von den Kranken als Grund für die frühzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft angesehen wird. In den 60 Krankengeschichten ist im ganzen nur 15 mal von den Frauen die vermeintliche Ursache für die Fehlgeburt angegeben und zwar:

8 mal ein „Fall“, „Sturz“ oder „Fehltritt“
2 „ eine heftige Gemütsbewegung (Schreck)
1 „ ein Verheben
1 „ Krämpfe
1 „ Reichlicher Ausfluss und dessen Behandlung
1 „ heftige fieberhafte Erkrankung
1 „ Einreibung des Unterleibes mit Medikamenten.

Die Angaben der Kranken betreffs dieses Punktes müssen wir doch mit skeptischen Augen ansehen, denn das böse Gewissen heisst die Pat. falsche Aussagen machen oder schweigen.

Ist es doch eine traurige aber nicht abzuleugnende Thatsache, dass eine sehr grosse Anzahl von Aborten ganz besonders aber in den Grossstädten — und ein solches Material haben wir ja vor uns — aus verbrecherischer Absicht eingeleitet werden. Wer, wie Verfasser dieser Zeilen das Glück hatte, als Hauspraktikant in der Königl. Universitäts-Frauenklinik thätig sein zu dürfen, und so mit den Kranken der geburtshilflichen Poliklinik näher in Berührung kam, der wird wissen, wie leichtfertig viele Frauen über das Abtreiben denken. Nach Schätzung von Olshausen sind 80 % aller Aborte, die hier zur Behandlung kommen, krimineller Natur.

Die Frage, wie ist bei den einzelnen Aborten die Infektion zustande gekommen, ist aus dem Inhalte der Krankengeschichten nie mit Bestimmtheit zu beantworten. Fast ausnahmslos erfolgt diese durch Kontakt, der abortierende Uterus ist häufig der Gefahr ausgesetzt, mit septischen Stoffen in Berührung zu kommen. Wegen der geringfügigen Beschwerden, in der Regel ist nur eine unbedeutende Blutung vorhanden, die ein Abort anfäng-

lich verursacht, verzichten die Frauen auf ärztliche Hilfe und gehen noch Tage und Wochen lang ihren Beschäftigungen nach. Während dieser Zeit kann auf irgend eine Art, sei es durch eine Untersuchung oder durch einen Ausräumungsversuch leicht eine Infektion herbeigeführt werden. Die Erfahrung lehrt sodann, dass bei allen vorzeitigen Unterbrechungen der Schwangerschaft eine erhöhte Disposition zum Zurückbleiben einzelner Eiteile vorhanden ist. Diese werden fast ausschliesslich die Ursache von mehr oder minder erheblichen und andauernden Blutungen. Bei diesen sog. unvollständigen Aborten sind oft operative Eingriffe notwendig, und hierbei können die septischen Mikroorganismen durch Finger, Instrumente, Tampons etc. auf irgend eine Wunde übertragen werden. Ganz besonders birgt eine Tamponade, sofern diese nicht unter strenger Beobachtung der aseptischen Kautelen ausgeführt wird, grosse Gefahren einer Infektion in sich. Werden die Abortreste überhaupt nicht oder mangelhaft entfernt, so gehen dieselben mit der Zeit in Zersetzung über und bieten dann den pathogenen Mikroorganismen den denkbar günstigsten Nährboden. Jede Zersetzung des Eies im Uterus, sei es an einer schon abgestorbenen Frucht, sei es an Placentar- oder Eihautresten, ist eine Gelegenheit zur Infektion. Häufig sehen wir diese nach verschiedenen Massnahmen auftreten, die eine Entfernung des Eies anstreben. Hier haben wir in erster Linie an die vielen Aborte zu denken, welche aus verbrecherischer Absicht eingeleitet werden. Wird die Schwangerschaft in strafwürdiger Weise zumal von Laienhand unterbrochen, so ist eine Infektion der Schwangeren wohl sehr häufig.

Bei dem Durchlesen der angeführten Fälle gewinnen wir im allgemeinen folgendes Krankheitsbild. Blutabgang deutet den Frauen meistens den Beginn der vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft an. Die Blutung kann mehr oder minder stark sein, sie kann zeitweise ganz aufhören und nach Verlauf von einigen Tagen sich wieder einstellen. Oefters bemerken wir, dass an Stelle der

frischen Blutung ein übelriechender Ausfluss tritt, ein Zeichen, dass aller Wahrscheinlichkeit nach eine Infektion stattgefunden hat. Ausser der Blutung klagt die Schwangere beim Herannahen des Abortes über zeitweise Kreuzschmerzen und über ein dumpfes Schmerzgefühl in der unteren Bauchgegend, diese Beschwerden bilden sich dann bei der Ausstossung des Eies oder dessen Teile zu mehr oder minder ausgesprochenen Wehen aus.

In den angeführten 50 Fällen fing der Abort 42 mal mit Blutung an, 10 mal mit putridem Ausfluss.

Die Blutungen dauerten an:

1	mal	6	Wochen
3	„	4	„
5	„	3	„
4	„	14	Tage
1	„	12	„
2	„	10	„
5	„	8	„
2	„	7	„
5	„	6	„
2	„	5	„
2	„	4	„
1	„	3	„
3	„	2	„
5	„	1	Tag
1	„	mehrere	Tage (?)

Wie der Zeitdauer, so auch der Stärke nach kann die Blutung sehr verschieden sein, einmal ist sie sehr gering, ein andermal führt sie zu einer hochgradigen Anämie.

Ist bei dem Abort nun auf irgend eine Art und Weise eine Infektion herbeigeführt, so zeigt dieses das Auftreten des Fiebers bald an. In der Regel setzt dasselbe mit einem ausgesprochenen Schüttelfroste ein, der nur in ganz einzelnen Fällen wiederkehrt. In den vorausstehenden 60 Krankengeschichten habe ich 32 mal das Fieber mit einem Schüttelfrost auftreten sehen, in 7 Fällen wiederholte sich

derselbe mehrere Male. Aeusserst charakteristisch ist für dieses septische Fieber das Verhalten des Pulses. Derselbe ist von Beginn der Krankheit, ja selbst schon vor Eintritt der Temperatursteigerung sehr frequent und zählt oft schon am ersten 90—130 Schläge, am folgenden Tage kann er noch höher steigen und bleibt, so lange die Krankheit nicht eine Wendung nimmt, auf dieser Höhe. Mit dem Pulse steigt in der Regel, wenn auch nicht im gleichen Masse die Temperatur an.

Während des initialen Schüttelfrostes, oder auch unmittelbar nach ihm, sehen wir die Temperatur plötzlich um mehrere Grade in die Höhe schnellen, und die Kranke, welche vorher nichts Ungewöhliches in ihrem Befinden zeigte, misst während oder kurz nach dem Froste 39—41,5° C. In den nächsten Tagen hält sich dann die Temperatur mit ganz mässigen Morgenremissionen auf einer Höhe von 38,5 bis 40° C. Während alle anderen Fiebererscheinungen fortbestehen, kann die Körperwärme bis auf die Norm fallen. Wie günstig im allgemeinen bei den meisten fieberhaften Krankheiten ein Sinken der Körperwärme vermerkt wird, so ist dieses Zeichen bei septischen Intoxikationen doch sehr trügerisch. Ihr Fallen kündigt für sich allein nicht eine günstige Wendung der Krankheit an. Prognostisch gut ist nur dann das Sinken der Temperatur, wenn mit ihr auch der Puls normal wird. Wenn auch nicht häufig, so findet man doch inficierte Aborte mit normaler Temperatur, doch nie mit normaler Pulsfrequenz, diese ist stets erhöht. In unseren Fällen zeigen die Kranken vor der Ausräumung durchschnittlich eine Temperatur von 39—40° C und der Puls zählt in den weitaus meisten Fällen 110 Schläge oft noch darüber. 4 Patientinnen haben keine erhöhte Temperatur, im Verlauf der Krankheit kurz nach einer Vaginalausspülung und Tamponade oder nach der Ausräumung sehen wir dieselbe einmal unbedeutend ansteigen, gleich darauf aber wieder fallen; der Puls dagegen ist erheblich beschleunigt.

In allen Fällen ohne Ausnahme übersteigt der Puls

die Normalzahl, daher können wir die erhöhte Pulsfrequenz als das konstanteste Sympton des septischen Abortes ansehen.

Ausser Fieber und Blutungen sind es heftige Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit, über welche die Kranke oft klagt. Letztere Beschwerde stellt sich oft schon vor dem Eintritt des Fiebers ein.

Erfolgt nun eine sorgfältige Ausräumung des Uterus, so schwindet in den meisten Fällen nach Verlauf von einigen Tagen das Fieber und die genannten Beschwerden mit Ausnahme des Ausflusses, dieser kann noch längere Zeit bestehen.

Bei dem Abfall des Fiebers ist ein Unterschied zwischen der Puls- und Temperaturkurve zu bemerken; während letztere in der Regel innerhalb 2—4 Tagen nach der Ausräumung auf die Norm zurückkehrt, geht der Abfall der Pulskurve weit langsamer, nur ganz allmählich vor sich.

An vielen Kranken habe ich sodann folgende Thatsache wahrnehmen können: fieberte die Patientin vor der Ausräumung, so tritt oft in den ersten 10 bis 15 Stunden nach diesem operativen Eingriff eine Temperatursteigerung bis 41,5° C mit einem Schüttelfroste und einer mässigen Erhöhung der Pulsfrequenz auf. Hinsichtlich der Prognose ist dieses Phänomen nicht von übler Vorbedeutung, denn ebenso schnell wie dieses Fieber auftrat, sinken Puls und Temperatur — in der Regel innerhalb 1—2 Stunden wieder.

In den angeführten Krankengeschichten ist 51 mal eine Steigerung der Körperwärme und Pulszahl unmittelbar nach der Ausräumung vermerkt, und 28 mal ist dieses Fieber, wenn man diese Erscheinung so nennen darf, durch einen Schüttelfrost eingeleitet. Man nimmt an, dass diese Erscheinung durch eine plötzliche Resorption infektiöser Massen bedingt sei, welche durch die Ausräumung und Irrigation des Uterus angeregt und beschleunigt werde.

Der öfter auftretende Schüttelfrost wird von vielen als Folge einer reflektorisch erregeten Gefässkontraktion an-

gesehen, die durch die mechanische Reizung des Uterus ausgelöst wird, denn die Erfahrung lehrt ja, dass nach gewissen mechanischen Reizungen innerer Organe wie z. B. der Harnblase, des Uterus Schüttelfröste auftreten.

Wie schon oben erwähnt wurde, ist dieses Fieber, welches in unmittelbarem Anschluss an die Ausräumung auftritt, nur von kurzer Dauer. Hält sich aber Puls und Temperatur nach 15 Stunden immer noch auf derselben Höhe, so ist das ein Anzeichen, dass die Krankheitserreger in weitere Schichten des Organismus vorgedrungen sind. Die Streptokokken durchwuchern dann in feinen Zügen die ganze Uteruswand bis zum Peritoneum oder sie folgen dem Verlauf der grösseren Lympfgefässe, und es kommt zu einer septischen Allgemeininfektion.

Die Symptome und der Verlauf der Sepsis post abortum entsprechen durchaus der Sepsis nach einer Geburt. Die Kranke bietet ein Bild, wie man es bei einer schweren Vergiftung beobachtet. Sie ist unruhig, wird von einem gewissen Angstgefühl geplagt, findet keinen Schlaf und klagt über heftige Kopfschmerzen und hochgradige Mattigkeit. Der Puls ist klein und sehr frequent, 120—160 Schläge in d. M. Die Temperatur hält sich mit ganz geringen Schwankungen auf derselben Höhe, 38,5° bis 41° C. Oertliche Krankheitssymptome können gänzlich fehlen, doch gewöhnlich treibt sich der Leib bald deutlich auf, und der Uterus und seine Seitenteile sind druckempfindlich.

Mit dem Fortschreiten der Krankheit nimmt die Schmerzhaftigkeit des Leibes und der Meteorismus mehr und mehr zu. Der Ausfluss ist häufig eiterig und übelriechend und enthält massenhaft Streptokokken; doch es kann derselbe auch gänzlich fehlen, letztere Thatsache wird des öfteren in den allerschwersten Fällen von septischer Infektion bemerkt. In den angeführten 14 Fällen mit tötlichem Ausgang wurde 8 mal putrider Ausfluss beobachtet. Bemerkenswert ist noch, dass bei wirk-

licher Sepsis gar bald ein ganz charakteristischer Verfall der Gesichtszüge eintritt, so dass man von einer „facies septica“ spricht.

Bei diesen schweren Erkrankungen wird das Bild des septischen Aborts in der Regel durch dasjenige der allgemein eiterigen Peritonitis beherrscht. Oft tritt diese sehr schnell auf, in anderen Fällen erst nach einigen Tagen. Sepsis und Peritonitis sind bei den infektiösen Wochenbetterkrankungen kaum von einander zu trennen, wo jene auftritt, folgt diese fast ausnahmslos. Besonders charakteristisch für die Peritonitis ist der starke Meteorismus, welcher infolge von Auftreibung der Gedärme durch Gase herbeigeführt wird, und die rasende Schmerzhaftigkeit des Leibes. Der Verfall der Kräfte nimmt immer mehr zu, die Gesichtszüge sind entstellt, sie nehmen einen ängstlichen unruhigen Ausdruck an. Die Zunge ist trocken und borkig belegt. Zum Bedenklichsten gehört das häufige Erbrechen und Aufstossen; tagelang werden die Kranken von einem lästigen Singultus gequält. Nach 3—4 tägiger Dauer der Peritonitis lassen die Schmerzen nach. Die Kranke wird ganz apathisch, deliriert meist. Auf lautes Anrufen antwortet sie mit einer gewissen Schwerbesinnlichkeit. Oft ist das Sensorium schon früh in Mitleidenschaft gezogen. Einige Autoren weisen auf dieses Symptom als ein ganz charakteristisches Merkmal der Sepsis hin. — Gegen dem nahenden Ende zu hören oft sämtliche Beschwerden auf, es tritt eine vollkommene Euphorie der Kranken ein, sie will aufstehen, fühlt sich ganz gesund und wünscht, bald entlassen zu werden. Aber leider ist dieses Wohlbefinden von kurzer Dauer, man kann es fast immer als den sicheren Vorboten des nahen Todes ansehen. Die zunehmende Kälte der Extremitäten, die oberflächliche jagende Atmung und die lallende Sprache verraten dem Kundigen die Hoffnungslosigkeit der Lage.

Der Puls ist fadenförmig, fliegend, fast unzählbar. In der Mehrzahl der Fälle mit tötlichem Ausgange schnellt der Puls vor dem Ende derartig in die Höhe, während die

Körpertemperatur etwas sinkt, so dass die Pulskurve die der Temperatur überschreitet, und so die als ominös bekannte Kreuzung beider Kurven herbeigeführt wird.

Die Diagnose des septischen Aborts wird aus den erwähnten Symptomen gestellt. Wenn die Anamnese berichtet, dass bei der Kranken die Menses ausgeblieben, dann plötzlich Blutungen aufgetreten sind, und um diese Zeit sich Fieber eingestellt hat, so ist immer zuerst an einen septischen Abort zu denken. Sehr wichtig für die Feststellung desselben ist dann der kleine und frequente Puls und das kontinuierliche Fieber.

In den schwersten Fällen von septischem Abort kann unsere Diagnose wie bei jeder Sepsis durch den Nachweis von Streptokokken in dem Schweisse der Kranken bekräftigt werden. Lange Zeit hat man das Blut der Kranken auf diese Mikroorganismen hin untersucht, doch die bisherigen Erfahrungen zeigten, dass nur in den allerschwersten Fällen und in der Regel erst kurz vor dem Tode Streptokokken sich finden liessen. Erst in der letzten Zeit ist es gelungen, durch Untersuchungen von grösseren Blutmengen auf dem Wege des Plattenverfahrens diese pyogene Mikroorganismen nachzuweisen. (Sittmanns Verfahren.)

Verschiedene Autoren wollen bei den Erkrankungen, die man gewöhnlich als septische bezeichnet, zwischen putrider Intoxikation oder Saprämie und septischer Infektion unterscheiden. Sie sagen, bei der ersteren handelt es sich um die Aufnahme chemischer Stoffe ins Blut, welche durch noch nicht bekannte Spaltpilzen auf dem Wege putrider Zersetzung von toten Gewebsmassen wie z. B.: retinierten Eiteilen, Blutcoagula etc. gebildet werden. Die Anwesenheit irgend eines toten Materials ist die conditio, sine qua non die Spaltpilze ihre schädigende Thätigkeit nicht entfalten können. Wird der Zersetzungsherd zeitig genug entfernt, so schwindet die Krankheit bald, denn jene Spaltpilze befallen nie lebendes Gewebe. Bei der septischen Infektion dagegen dringen pathogene Mikroorganismen, insbesondere die Streptokokken, in ge-

sundes, lebendes Gewebe und schädigen dasselbe auf chemischem und mechanischem Wege. (Bumm. Duncau.) Es wäre diese Unterscheidung bei Aborten mit Fieber gewiss auch sehr angebracht; und man würde im allgemeinen die Fälle, welche bald nach der Ausräumung ein normales Verhalten zeigen, als solche von Saprämie, jene Fälle, welche gleich von Anfang an den Stempel der schweren Erkrankung tragen, und die trotz der besten Therapie keine Besserung zeigen, als solche von wirklicher septischer Infektion bezeichnen.

Die Therapie des septischen Aborts ist einfach und bestimmt festgesetzt.

Ist bei einem Abort Fieber festgestellt, und als dessen Ursache eine putride Zersetzung des Eies oder retinierter Eiteile erkannt, so ist es die Hauptaufgabe der Therapie, so schnell als möglich alle jauchigen und infektiösen Massen aus dem Uterus sorgfältig zu entfernen. Doch nicht immer kann man bei einem Abort so ohne weiteres diese Säuberung der Gebärmutter vornehmen, oft nämlich ist der Cervix fest geschlossen. In diesen Fällen ist die künstliche Erweiterung desselben ohne Verzug vorzunehmen, hierzu werden Dilatatorien, Sonden oder Quellmittel wie Laminaria-, Tupelostifte und Pressschämme verwandt. Von allen Erweiterungs-Methoden ist die durch Laminariastifte vielleicht die sicherste und die bequemste. Erstens ist der Laminariastift mit grösserer Gewissheit aseptisch zu machen, wie z. B. der Pressschwamm, auch kann derselbe stets, ohne dass seine Wirkung verloren geht, aseptisch, durch Aufbewahren in einer Salicylsäurealkohol- oder Jodoformätherlösung vorrätig gehalten werden. Sodann geht der Prozess der Cervixerweiterung so allmählich vor sich, dass die Kranke fast gar keine Beschwerden davon hat.

Bei wenig erweitertem Muttermunde führt häufig auch eine Tamponade der Scheide oder auch zugleich des Cervix unter aseptischen Kautelen zum Ziele; hiernach stösst sich des öfteren das Ei spontan aus und lässt sich aus der Scheide leicht entfernen. Anderen Falls muss man die

Ausräumung vornehmen, oder falls die Erweiterung des Cervix noch nicht genügend vorgeschritten ist, die Tamponade wiederholen. Die Tamponade kann hier oft einen doppelten Zweck erfüllen, sie stillt nämlich die Blutung und regt Wehen an. Wo eben möglich soll es der Natur überlassen werden, das Ei auszustossen, da in der Regel dann das Ei in seiner Gesamtheit gelöst wird.

Die Ausräumung des Uterus d. h. die Säuberung desselben von allen putriden Massen und Abortresten wird von verschiedenen Autoren verschieden gelehrt, dieser hält den Finger, jener den scharfen Löffel, die Curette, ein anderer die Abortzange für das geeignetste und tauglichste Instrument für diese Operation.

Die Anwendung der Curette bei der Ausräumung von Abortresten ist nicht so ungefährlich wie es oft hingestellt wird. Ist doch der Uterus während der Schwangerschaft aufgelockert und weich, und seine Wandungen zeigen nicht immer die gleiche Stärke, eine wenig geübte Hand kann daher ohne jede Kraftanwendung und, ohne dass es bemerkt wird, die Uteruswand durchstossen. Ausserdem ist gerade beim septischen Abort die Curette vielleicht am allerwenigsten angebracht, denn die durch das Curettement besetzten Wunden können trotz der sorgfältigsten Desinfektion neue Aufnahmestellen für die Resorption des septischen Giftes werden.

Unter gewissenhafter und strenger Beobachtung der Aseptik ist die Ausräumung mit dem Finger der mit Instrumenten irgend welcher Art vorzuziehen, mit keinem Instrumente können wir so fein fühlen, wie mit dem Finger, kein Instrument haben wir, so in der Gewalt als unseren eigenen Finger.

Die Scheide und die Uterushöhle muss vor jeder Operation mit einer desinficierenden Lösung ausgespült werden. Nachdem dann das Ei oder dessen retinierte Teile von der Uteruswand abgeschält sind, versucht man die losgelösten Massen durch kombinierten Druck nach Hoening oder mittelst drehender Bewegungen des Fingers durch den

relativ engen Cervikalkanal zu entfernen. Wenn man sich nun überzeugt hat, dass alle Eiteile aus dem Uterus entfernt sind, wenn man in der ganzen Uterushöhle mit Ausnahme der Einsertionsstelle glatte Wand findet, so wird wieder das Cavum mit einer desinficierenden Lösung ausgespült, und dieses wird so lange fortgesetzt, bis das Wasser klar abfliesst. Sollte nach diesen Masnahmen Ausfluss auftreten oder sich wieder einstellen, so kann man die Uterusausspülung wiederholen.

Die Frage, welches Desinfiziens bei dieser Operation am meisten zu empfehlen sei, wird verschieden beantwortet, einer hält Karbolsäurelösung 3—5:100, der andere Sublimat 0,5—1:1000, wieder ein anderer Lysollösung 1—3:100 für das beste und wirksamste.

Das Sublimat besitzt zwar eine sehr grosse Desinfektionskraft, jedoch die zahlreichen schweren Vergiftungen, welche nach Uterus oder Vaginalausspülungen mit Sublimatlösung bei Kreisenden und Abortierenden beobachtet sind, verbieten die Anwendung desselben zu den diesbezüglichen Operationen. Auch nach Karbolausspülungen hat man, wenn auch nicht so häufig als beim Sublimat, Intoxikationen bemerkt. Zuweilen verbindet sich die Karbolsäure schwer mit dem Wasser, es setzen sich Tröpfchen reiner Säure ab; gelangen diese bei den Ausspülungen auf eine Wundfläche, so liegt die Gefahr einer Karbolvergiftung sehr nahe. In der Frauenklinik hier wird fast ausschliesslich nur Lysollösung bei Aborten zur Desinfektion der Kranken verwandt. Neben der desinficierenden Eigenschaft hat nämlich die Lysollösung noch einen bei der Ausräumung nicht zu unterschätzenden Vorzug vor den beiden anderen Desinficientia, Lösungen von Sublimat und Karbol machen die bespülten Teile trocken und rauh, während solche von Lysol dieselben weich und schlüpfrig machen und so also das Vordringen des Fingers in dem engen Cervikalkanal bedeutend erleichtern.

Wo es eben möglich ist, wird man die Ausräumung in Narkose ausführen, um die starke Spannung der Bauch-

decken aufzuheben, und um ruhiger und sicherer arbeiten zu können. Für diesen ganzen Eingriff ist die Steissrückenlage zu empfehlen, damit man immer das Gesicht der Kranken, besonders aber während der Uterusirrigation beobachten kann.

Ist der Symptomkomplex, den wir mit dem Namen des septischen Aborts bezeichnen, nach der Ausräumung im Rückgange begriffen, so ist der Kranken dringend eine 8—12 tägige Schonung und gute Ernährung zu verordnen. Bei mangelhafter Rückbildung des Uterus verschreibe man ein Infusum Secali cornuti oder Ergotinum. Bleibt aber das Fieber nach der Ausräumung auf derselben Höhe, und macht der septische Prozess weitere Fortschritte, so muss eine entsprechende Allgemeinbehandlung der Sepsis ins Werk gesetzt werden.

Da wir aber noch kein spezifisches Mittel kennen, welches die Vernichtung oder die Schadlosmachung des von dem Organismus aufgenommenen Giftes bewirkt, so ist es die erste und wichtigste Aufgabe, durch gute Nahrung und reichliche Zufuhr von Alkohol die Kräfte der Kranken zu erhalten, und so die Widerstandsfähigkeit des erkrankten Körpers in seinem Kampfe gegen den eingedrungenen Feind möglichst zu erhöhen.

Gegen die peritonitischen Schmerzen wendet man am besten einen hydropathischen Umschlag oder auch vorübergehend eine Eisblase an. Eine Darreichung kleiner Gaben Narcotica, namentlich Opium und Morphium, verschaffen der Kranken auf einige Zeit wenigsten Ruhe und Linderung der Schmerzen. Viele Autoren lassen bei Sepsis die Kranke 5—7 Minuten lang kühl baden, und in der Regel wird dieses von der Patientin gut vertragen. Die Herabsetzung der Temperatursteigerung durch Medikamente, z. B. durch Chinin, Veratrin, Antipyrin, hat man bei septischen Erkrankungen ganz verlassen.

Die Prognose des septischen Aborts ist für die Mutter quod ad vitam als günstig zu bezeichnen. In der Regel sind die septischen Erscheinungen nach spontanen Fehl-

geburten nicht allzu schwerer Natur, zumal wenn eine rechtzeitige und zweckmässige Behandlung eingeleitet wird. Bei weitem ungünstiger ist die Prognose nach einem Abort, welcher aus verbrecherischer Absicht herbeigeführt wird, weil gar häufig, wie oben schon erwähnt ist, mittelst des Gerätes, welches bei dieser strafwürdigen Manipulation verwandt wird, gleichzeitig septische Stoffe übertragen werden, und weil ausserdem der eingeleitete Abort oft durch eine Verletzung des Uterus oder der benachbarten Organe kompliciert ist.

Während dieser Krankheit ist das Verhalten des Pulses der Leiter bei der Prognose, je mehr Puls und Temperatur mit einander in Widerspruch stehen, desto ungünstiger ist die Prognose. Im allgemeinen kann man bei Stellung der Prognose mit Zweifel sagen: „Bei Steigerungen des Pulses über 120 steht es schlecht, bei 140 wird selten noch eine Genesung kommen, es sei denn, dass diese Beschleunigung nur ganz vorübergehend ist.“ Ausnahmen kommen ab und zu vor, so finden sich in unseren Fällen 6 Kranke, die mehrere Tage lang 140 Pulse oder noch darüber zählten, und sind doch geheilt entlassen.

Es könnte diese erhöhte Pulsfrequenz ja als eine Folge eines stärkeren Blutverlustes angesehen werden, doch die Krankengeschichten berichten nichts von einem solchen.

Von der grössten Wichtigkeit für die Prognose des septischen Aborts sind die ersten 36 Stunden nach der Ausräumung, bemerkt man innerhalb derselben kein Sinken der Pulsfrequenz und der Temperatur, so ist die Lage ernst, doch nicht hoffnungslos. Peritonitische Erscheinungen machen die Vorhersage stets ungünstig.

Glücklicher Weise erfolgt bei der oben erwähnten Behandlung in der Mehrzahl der Fälle von septischem Abort Heilung. Von den 60 Kranken wurden 40 geheilt oder gebessert entlassen, ausserdem verliessen 6 Patientinnen gegen ärztlichen Rat die Klinik. Die Heilung trat ein;

1	mal	in	18	Tagen
1	„	„	15	„
1	„	„	14	„
2	„	„	12	„
1	„	„	11	„
3	„	„	10	„
4	„	„	9	„
2	„	„	8	„
4	„	„	7	„
8	„	„	6	„
11	„	„	5	„
1	„	„	4	„
1	„	„	3	„

Dass wir unter den 60 Fällen 14 mit tötlichem Ausgang finden, also 23,33 %, liegt in dem Umstande, dass im allgemeinen nur die schwer Erkrankten sich in die Klinik aufnehmen lassen. Es können daher die obigen Zahlen uns bei weitem kein richtiges Verhältnis der Mortalität bei septischem Abort geben. Hasché hat in seiner Arbeit über „Abortus septicus", die von der geburtshilflichen Poliklinik der Anstalt ausserhalb der Klinik behandelt wurden, eine Sterblichkeit von nicht ganz 5 % gefunden.

Es bleibt mir nun noch übrig, einige Worte über die Folgezustände des septischen Aborts zu sagen. Hier muss ich aber vorausschicken, dass hinsichtlich dieses Punktes wenig Bemerkungen in den Krankengeschichten zu finden waren. Dieses hat nun seinen guten Grund. Sehr oft sind dieser Art Kranke sehr ungeduldig, sie wünschen, verlangen, aus der Klinik entlassen zu werden, bevor sich noch die erkrankten Organe gehörig zurückgebildet haben. Ausserdem ist meistens ein solcher Andrang von Patientinnen vorhanden, dass man gezwungen ist, die Genesenden möglichst bald zu den ihrigen zurückkehren lassen. Ein so frühzeitiger Entlassungsbefund würde uns über die Folgezustände nach septischem Abort wenig beweisen. Sicher ist jedoch, dass nach dieser Erkrankung vor allem aber bei Frauen,

welchen eine zweckmässige Behandlung oder die nötige Ruhe und Schonung fehlt, leicht Entzündungen und Lageveränderungen des Uterus zurückbleiben können. Wenn nach Sawyer nach einem gewöhnlichen Abort nur in 78,47 % der Fälle vollsändige Genesung eintritt, und 21,53 % dauernd steril bleiben, und von diesen letzteren wiederum ein Drittel gesund bleibt, zwei Drittel aber dauernd an inkurabelen Uterusaffektionen zu leiden hat, so kann man annehmen, dass nach septischem Abort die Zahlen sich noch weit ungünstiger stellen.

Die hohe Ziffer der nachfolgenden Sterilität ist in der Regel die Folge von den Erkrankungen der Ovarien, und diese treten gar nicht so selten nach septischen Processen auf. Lange nach Ablauf der Sepsis kann die Entzündung der Ovarien weiter fortbestehen und als Ovarialabscess diagnosticiert werden. Am meisten beobachtet man nach Fehlgeburten überhaupt, so auch nach sept. Aborten Lageveränderungen der Gebärmutter. Der noch nicht zurückgebildete Uterus ist oft schlaff und locker befestigt, und infolge einer geringfügigen Schädigung, z. B. allzufrühes Aufstehen etc. kann derselbe aus seiner normalen Lage gebracht werden.

Im ganzen fand ich 32 anormale Entlassungsbefunde, hiernach wurde festgestellt bei

10	Genesenden	Retroversio
3	„	Retroflexio
3	„	Bedeutende Vergrösserung des Uterus
4	„	Ausfluss
2	„	Ein druckempfindliches Exsudat im linken Parametrium
1	„	Druckempfindlichkeit des linken Parametrium
1	„	Eine druckempfindliche Infiltration im rechten Ligamentum
1	„	Eine druckempfindliche Infiltration im linken Ligamentum
1	„	Verdickung der Adnexa.

2	Genesenden	Im Becken ein druckempfindliches Exsudat.
1	„	Beide Ovarien verdickt und druckempfindlich
1	„	Linkes Ovarium vergrössert
1	„	Rechte Tube geschwollen
1	„	Cystitis.

Was aus diesen Lageveränderungen des Uterus aus den entzündlichen Erscheinungen der Adnexa desselben geworden ist, ob die Kranken nach dem septischen Abort steril blieben, darüber geben uns die Krankengeschichten leider keinen Aufschluss.

Die Zahl der septischen Aborte wird nur dann abnehmen, wenn das mangelnde Verständnis der Frauen für die Bedeutung eines Abortes schwindet, und infolgedessen nicht so viele strafwürdiga Abtreibungen vorgenommen würden. Sicher ist, dass für eine Menge septischer Aborte, die Fahrlässigkeit der Hebammen anzuklagen ist, würden diese Frauen es mit den Regeln der Asepsis genauer nehmen, so würde manche septische Infektion nach Fehlgeburten nicht herbeigeführt werden. Die septischen Erscheinungen würden nicht so schwerer Natur sein und die Sterblichkeitsziffer würde bedeutend sinken, wenn die erkrankten Frauen frühzeitig ärztliche Hilfe nachsuchten und nicht warteten, bis die Krankheit einen bedenklichen Charakter angenommen hat.

An dieser Stelle erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geh. Medic.-Rat Prof. Dr. Olshausen, in dessen Klinik ich als Unterarzt praktisch thätig sein durfte, für die gütige Durchsicht dieser Arbeit, Herrn Dr. Gessner für die Anregung zu derselben und die liebenswürdige Anleitung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Kaltenbach, Lehrbuch der Geburtshilfe.
Runge, „ „ „
Schröder, „ „ „
Zweifel, „ „ „
Flügge, Die Mikroorganismen.
Olshausen, Berlin. Klin. Wochenschrift 1871, No. 1.
Barker, Puerperal-Erkrankungen — Uebersetzt von Rothe.
Dohrn, Ueber Behandlung der Fehlgeburten (Sammlung klin. Vorträge von Volkmann No. 14).
Fritsch, Grundzüge der Pathologie und Therapie des Wochenbetts.
Fehling, Physiologie und Pathologie des Wochenbetts.
Fritsch, Geburtshilfliche Operationen.
Spiegelberg, Berl. klin. Wochenschrift 1880 No. 22.
Schwarz, Zur Behandlung der Fehlgeburt. Sammlung klin. Vorträge No. 241.
Hasché, Zur Aetiologie, Symptomatologie und Therapie des sept. Aborts, Inaugural-Dissert. Berlin 1890.
Olshausen, Die Krankheiten der Ovarien.
Runge, Sammlung klin. Vorträge von Volkmann No. 287.
Puppe, Untersuchungen über Folgezustände nach Abortus. Inaugural-Dissert. Berlin 1889.
Fritsch, Lageveränderungen der Gebärmutter.
Eulenburg, Encyklopaedie Bd. I.

Thesen.

I.

Secale cornutum ist bei der Geburt nur dann zu verabreichen, wenn der Muttermund vollständig erweitert ist, und die Lage des Kindes keine Aenderung erfordert.

II.

Der Laminariastift ist von den Quellmitteln, die zur Cervixerweiterung angewendet werden, das zweckmässigste.

III.

Bei nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen von Tabes dorsalis ist eine medico-mechanische Therapie die zweckmässigste.

Lebenslauf.

In Bissendorf, Osnabrück, am 25. April 1874 geboren, als Sohn des Kaufmanns Bernhard Stock (Kruse) und Elisabeth geb. Brinkemöller, katholischer Religion, besuchte ich zunächst die Elementarschule meines Geburtsortes. Ostern 1886 wurde ich auf das Königl. Gymnasium Carolinum in Osnabrück aufgenommen und verliess dasselbe Ostern 1893 mit dem Zeugnisse der Reife. Im Sommer-Semester 1893 bezog ich, um mich dem Studium der Medizin zu widmen, die Universität Freiburg im Breisgau. Hier legte ich am 29. April 1895 meine ärztliche Vorprüfung ab. Im Sommer-Semester 1895 begann ich in München mit meinen klinischen Studien, die ich vom Herbst 1895 in Berlin fortsetzte. Anfang März bestand ich hier das Tentamen medicum und Examen rigorosum. Im Sommer 1896 war ich längere Zeit in dem Königl. Krankenhause Charité praktisch thätig und vom 1. Oktober 1896 bis zum 1. Januar 1897 als Hauspraktikant in der Königl. Univ.-Frauenklinik.

Meine Lehrer waren die Herren Prof. und Dozenten:

In Freiburg i. Breisg.: Baumann, v. Kries, Oppel, Sutter, Warburg, Weissmann, Wiedersheim.

In München: Bauer, v. Winkel.

In Berlin: v. Bergmann, Gerhardt, Grawitz, Greeff, Güterbock, Heubner, Jolly, Lassar, Liebreich, Martin, Mendel, Olshausen, Rubner, Schöler, Schulz, Schweigger, Senator, Winter, Westfal.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.